

# أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والأهل

دكتور  
السيد رمضان  
المعهد العالي للخدمة الاجتماعية  
بالاسكندرية

دكتور  
عبدالحى محمد صالح  
أستاذ ومدير قسم بحوث الخدمة الاجتماعية  
المعهد العالي للخدمة الاجتماعية  
بالاوسكندرية

١٩٩٩

دار النشر الجامعية  
مركز دراسات والبحوث  
٢٧٧ شارع السيد الشاذلي  
٥١٧٧٦٤٦









# أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل

دكتور  
**السيد رمضان**  
المعهد العالى للخدمة الاجتماعية  
بالاسكندرية

دكتور  
**عبدالمجى محمود صالح**  
أستاذ م. رئيس قسم مجالات الخدمة الاجتماعية  
المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالاسكندرية

١٩٩٩

دار المعرفة الجامعية  
٤٠ ش. صفتية - الطريق - ١٦٣-١٨٣  
٣٨٧ ش. قنطرة السويس - الكجى - ٥٩٧٣١٤٦



بسم الله الرحمن الرحيم  
« قل إن صلاتي ونسكي ومحياي  
ومماتي لله رب العالمين »  
صدق الله العظيم



## مقدمة

تعتبر الخدمة الاجتماعية فى مفهومها المعاصر مهنة متخصصة لها تراثها النظرى وأساليبها العلمية، ظهرت فى المجتمعات المتقدمة منذ أوائل القرن العشرين كاستجابة حتمية لحاجات إنسان هذا العصر، وتمارس هذه المهنة فى غالبية المجتمعات وبخاصة فى الدول النامية التى تعاني العديد من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والصحية ... إلخ، ولذا فإن عليها عبء كبير فى تحقيق التنمية الشاملة.

وتأخذ الخدمة الاجتماعية بصورتها المعاصرة خصوصاً فى الدول النامية بالإتجاه التنموى بالدرجة الأولى، إلى جانب الإتجاه الوقائى والعلاجى وصولاً إلى تحسين مستوى أحوال المجتمعات من خلال إحداث التغيرات الاجتماعية المقصودة لصالح المجتمع ورفع مستواه، ولذلك تعتبر الخدمة الاجتماعية التنموية هى ذلك النوع من الممارسة المهنية الذى يتعامل مباشرة مع تحديات التنمية ويساهم بإيجابية فى رفع المستوى الإقتصادى والاجتماعى والصحى والثقافى للجماهير.

كما تعتبر الخدمة الاجتماعية، من المهن التى تعمل على تغيير الإتجاهات الأفراد والجماعات والمجتمعات لتحقيق التنمية الاجتماعية، وهى تستند إلى الحقيقة العلمية التى مؤداها أن الأفراد والجماعات يمكن تغيير قيمهم وعاداتهم إذا ما تغير محور إهتمامهم.

وإذا كانت الممارسات السلوكية فى المجتمع المصرى بوجه عام والمجتمع الريفى بوجه خاص تعتمد على ركيزة من القيم وأنماط السلوك والتفصيلات والعادات والتقاليد والمعايير السلوكية التى تشكلت تاريخياً وأصبحت راسخة

الإعتقاد لدى أعضاء المجتمع، وعلى هذا فلن تكتب للبرامج الصحية النجاح بعيداً عن إجراء تغييرات فى نسق القيم، وتغييرات فى عادات وتقاليده المجتمعات. ولقد أثبتت الدراسات والبحوث العلمية وجود علاقة وطيدة بين المرض وبين العادات والتقاليد المنتشرة فى المجتمع المصرى المتمثلة فى عادات النظافة والغذاء والتزاور وغيرها ... إلخ.

ولبناء على ما تقدم فإن الخدمة الإجتماعية الطبية تهدف إلى مساعدة المرضى وأسرها بل والمجتمع من خلال إثارة وعيهم بعاداتهم الضارة التى تجلب إليهم الأمراض وتساعدهم على تغييرها، كما تهدف المهنة إلى مساعدة المريض للوصول به إلى الشفاء بأسرع وقت ممكن لكى يعود إلى الحياة الإجتماعية، ويكون عنصراً فعالاً فى دفع عملية الإنتاج.

ولذا فإن المهنة الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى دور فعال سواء فى النواحي العلاجية والوقائية والإنشائية التى بدورها تؤدى إلى تحقيق التنمية الشاملة للمجتمع وذلك لما تقوم به من دور فى عودة المرضى إلى حياتهم الطبيعية والمشاركة فى عملية الإنتاج أو فى تدعيم البرامج الوقائية التى تثير وعى الجماهير نحو خطورة الأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها.

ومن هنا، كان هذا الكتاب لتبيان ما يمكن أن تساهم به الخدمة الإجتماعية من دور مهنى فى نطاق هذا المجال. ونأمل أن يجد طلاب الخدمة الإجتماعية والإحصائيين الاجتماعيين فى هذا الكتاب مايساعدهم على تعميق الدور المهنى للخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى وصولاً إلى ممارسة مهنية فعالة.

والله ولى التوفيق...

## الباب الأول

### الخدمة الإجتماعية الطبية



# الفصل الأول

## نظم الرعاية الصحية ومقوماتها



## نظم الرعاية الصحية ومقوماتها

تمهيد:

تقوم سياسة مصر الصحية على أساس أن الرعاية الصحية حق لكل مواطن فإن الدولة ملتزمة بأن تكون هذه الرعاية فى متناول كل مصرى، ولقد شمل دستور الدولة وقوانينها المختلفة وبيان الحكومات والتشكيلات السياسية والشعبية مما يؤيد هذا الإلتزام مما يجعل الدولة ممثلة فى وزارة الصحة مسؤولة دستورية عن صحة المواطنين.

وستقدم فى هذا الفصل عرض موجز لنظم الرعاية الصحية ومقوماتها فى مجتمعنا المصرى مع إلقاء الضوء على التثقيف الصحى وأهميته كمجال من مجالات الرعاية الصحية فى المجتمع.

فى مفهوم الرعاية الصحية :

يشير هذا المفهوم إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والإجتماعية والبيئية التى تؤثر فى صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية<sup>(١)</sup>، وعلى ذلك يدور هذا المفهوم حول كافة الجهود التى تبذلها النظم الإجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض، وبجانب ذلك فإن هناك عوامل أخرى حول مفهوم الرعاية الصحية وهى :

أ - العوامل الإجتماعية التى تؤثر على تغذية الإنسان والمفاهيم السائدة نحو الخدمات الصحية المتوفرة.

ب - العوامل الإقتصادية، التى تحدد الحجم اللازم من الموارد الإقتصادية لإنتاج الخدمات الصحية، وكيفية توزيعها.

ج - العوامل السياسية، التى تعكس أولويات توزيع الموارد فى الخطط

الصحية المختلفة، وصورة التشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع  
الصحي.

د - العوامل البيئية ومدى توفر المياه النقية ومدى تلوث البيئة<sup>(٢)</sup>.

### نظم تقديم الرعاية الصحية فى مصر :

تطبيقاً لسياسة مصر الصحية لكى تكون الخدمات الصحية فى متناول  
كل أسرة مصرية - وكل مواطن مصرى فإن الدولة تقوم بتطبيق أنظمة  
مختلفة لتقديم الرعاية الصحية بحيث تشكل فى مجموعها مظلة للرعاية  
الصحية تظل كل المصريين القادرين منهم وغير القادرين، وهذه الأنظمة هى:

#### ٩ - اخدمات الصحية المجانية:

وهذه الخدمات تؤدى بالجان من خلال الوحدات الصحية المختلفة التى  
تتبع الحكومة مثل الوحدات الصحية التى تتبع وزارة الصحة، وكذلك  
وحدات تتبع بعض الوزارات الأخرى وأهمها المستشفيات الجامعية التى تتبع  
وزارة التعليم العالى ومستشفيات السكة الحديد التى تتبع هيئة السكة الحديد،  
وكذلك الخدمات الصحية فى القوات المسلحة وغيرها.

وجميع هذه الوحدات تؤدى خدماتها الصحية للمواطنين بالجان أو  
بأجور رمزية زهيدة وتتولى الدولة تحمل تكاليف الخدمات الصحية التى تؤديها  
للجماهير. وتقوم الوحدات التابعة لوزارة الصحة بدور كبير وهام فى تقديم  
الرعاية الصحية للمواطنين كافة.

وتتمتاز الخدمات الصحية التابعة لوزارة الصحة بما يلى :

١ - أنها منتشرة فى شبكة كبيرة العدد من الوحدات الصحية فى القرى  
والمدن فى جميع أنحاء البلاد مما يجعلها فى متناول كل فرد.

- ٢ - أنها تستقبل جميع المواطنين دون أى تفرقة بين أى فئة وأخرى.
- ٣ - جميع خدماتها مجانية، وبعض الخدمات العلاجية المتطورة تقدم بأجور رمزية زهيدة، أما جميع البرامج والخدمات الوقائية فهي تعطى كاملاً بالمجان.
- ٤ - أنها تغطي جميع مستويات الرعاية الصحية .إاء منها الرعاية الصحية الأساسية أو الرعاية التخصصية، كما أنها متكاملة مع بعضها بحيث تغطي جميع الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية.

#### مؤسسات الخدمات الصحية :

#### أولاً : وحدات القطاع الريفي:

هذه الوحدات توجد فى القرى وتقوم بتقديم جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية والتي تشمل التثقيف الصحى - ومكافحة الأمراض المعدية، وصحة البيئة وتنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة، وحدات الصحة المدرسية، مكافحة الأمراض المتوطنة والطفيلية بالإضافة إلى الرعاية العلاجية والإسعافات.

وتنقسم الوحدات الصحية الريفية إلى ثلاث أنواع هى :

#### أ - الوحدات الصحية الريفية :

وتوجد هذه الوحدات فى القرى الصغيرة ويبلغ عددها حوالى ٢٠٠٠ وحدة صحية، وتقوم بتقديم جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية، ولكن لا يوجد بها قسم داخلى.

#### ب - المجموعات الصحية :

وهى موجودة فى القرى الكبيرة، وهى أيضاً تقدم جميع خدمات الرعاية

الصحية الأساسية وتمتاز بأنه يوجد فى كل مجموعة قسم داخلى يحوى ما بين ١٥ - ٢٠ سرير وعددها حوالى ٥٥٠ مجموعة صحية.

#### ج - المستشفيات القروية :

وهذه المستشفيات هى فى الأصل مجموعات صحية، وقد تم تطويرها بزيادة عدد الأسرة إلى حوالى ٣٠ سرير وتطوير غرفة العمليات وتزويدها بمعمل متطور وجهاز أشعة، وكذلك تدعيم الأفراد بها بتعيين جراح وفنى معمل وفنى أشعة، وزيادة هيئات التمريض. والمستشفيات القروية تؤدى أيضاً جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وتمتاز بتدعيم الخدمة العلاجية بالتطور السابق الإشارة إليه ويوجد حالياً حوالى ٥٠ مستشفى قروى تم تطويرها، وتشمل خطة وزارة الصحة مستقبلاً تطوير جميع المجموعات الصحية إلى مستشفيات قروية بعد التأكد من نجاح التجربة.

#### ثانياً : وحدات صحية فى المدن :

وتشمل هذه الوحدات، وحدات صحية مختلفة تؤدى كل منها نشاط معين من الخدمات الصحية للمواطنين، وهذه الوحدات تشمل ما يلى :

#### أ - المستشفيات العامة والمركزية :

وهى مستشفيات كبيرة موجودة فى عواصم المحافظات أو فى عواصم المراكز الإدارية وتقدم خدمات الرعاية العلاجية والإسعافية للمواطنين فى التخصصات الإكلينيكية المختلفة مثل الجراحة، والأمراض الباطنية، والنساء والولادة، وأمراض العيون، وأمراض الأنف والأذن، والأمراض الجلدية وغيرها من التخصصات، كما أنها تستقبل الحالات المحوّلة لها من الوحدات الصحية بالريف أو الوحدات الأخرى بالمدينة.

## ب - المستشفيات النوعية :

وهى موجودة أيضاً فى عواصم المحافظات، وتقدم نوع معين من الخدمات مثل مستشفى الحميات ومستشفى الأمراض الصدرية، ومستشفيات الرمد، ومستشفيات الصحة النفسية، ومستشفيات الجذام.

## ج - مراكز الأمومة والطفولة :

وتقدم هذه المراكز خدمات الأمومة لأهل المدن.

## د - وحدات الصحة المدرسية ومجموعات الصحة المدرسية :

وتقدم خدماتها لطلاب المدارس، ومجموعات الصحة المدرسية، ومستشفيات الطلبة توجد فى عواصم المحافظات، أما وحدات الصحة المدرسية فتوجد فى عواصم المراكز الإدارية.

## د - مكاتب الصحة:

وتقوم هذه المكاتب بتقديم مكافحة الأمراض المعدية وصحة البيئة ومراقبة الأغذية لأهل المدن.

## و - وحدات مكافحة الأمراض المتوطنة الطفيلية :

وتشمل وحدات البلهارسيا والملاريا لمكافحة هذه الأمراض.

## ز - المراكز الصحية بالمدن :

وهى وحدات صحية مستحدثة فى مصر فى المدن عام ١٩٧٦، وتمتاز بأنها تؤدى جميع الخدمات الصحية الأساسية لقطاع من المدينة والمنوط إلى كل مركز تقديم الخدمة له.

## ٢ - خدمات التأمين الصحى :

يقوم التأمين الصحى على فكرة أساسية مؤداها تقسيط الأعباء المالية للأمراض والحوادث على فترة زمنية عن طريق تعاون مجموعة من الأفراد فى تغطية المصاريف والتكاليف المالية لحالات الأمراض والحوادث بدلاً من أن يترك من حلت به الكارثة يتحمل نتائجها وحدة ودفعة واحدة.

### الأنماط المختلفة للتأمين الصحى :

يوجد فى مصر أنماط مختلفة للتأمين الصحى أهمها التأمين الصحى الحكومى التى تتولاه الدولة ولكن يوجد نظم أخرى للتأمين الصحى يتولاه بعض الأهالى وبعض التجمعات مثل النقابات والشركات وصناديق العلاج الموجودة فى بعض الجمعيات وغيرها.

ولكن أهم الأساليب وأكثرها تغطية وتنظيماً هو التأمين الصحى الحكومى والذى يشرف عليه الهيئة العامة للتأمين الصحى.

وقد بدأت هذه الهيئة فى تطبيق التأمين الصحى على العمال عام ١٩٦٤ واستطاعت خلال العشر سنوات من بدء التأمين الصحى أن تغطى حوالى نصف مليون منتفع.

وفى عام ١٩٧٥ بدأ تنفيذ التأمين الصحى على موظفى الحكومة فى أربع محافظات ثم إمتد تطبيقه تدريجياً ليشمل معظم موظفى الحكومة فى محافظات الجمهورية، كما طبق هذا النظام على طلاب المدارس بكافة أنواعها.

## ٣ - المؤسسات العلاجية بالقاهرة والإسكندرية :

يوجد فى مصر مؤسستين فقط إحداهما بالقاهرة والأخرى بالإسكندرية، وقد تم إنشائهما بعد ثورة ١٩٥٢، حيث تم تأميم بعض المستشفيات الكبرى

الموجودة بالقاهرة والإسكندرية، وأنشئت هاتين المؤسستين لإدارة هذه المجموعة من المستشفيات.

وهذه المستشفيات تقدم الخدمات العلاجية بمستوى عال ولكن بأجر محدود ومسر، ومن المستشفيات التابعة للمؤسسة العلاجية بالقاهرة مستشفى العجوزة ودار الشفاء، والمستشفى القبطي، ومستشفى هليوبوليس وغيرها، ومن المستشفيات التابعة للمؤسسة العلاجية بالإسكندرية مستشفى المواساة والمبرة وغيرها، وكل هذه المستشفيات لها سمعة جيدة في الخدمات الطبية.

#### ٤ - العلاج الخاص :

ويلعب العلاج الخاص في مصر دوراً هاماً وكبيراً، حيث أنه رغم الخدمات الصحية المختلفة، فإن الدولة تسمح بالعلاج الخاص سواء كان ذلك في عيادات الأطباء، أو في مستشفيات خاصة، أو أهلية، أو مستشفيات جمعيات أو مستشفيات استثمارية.

وتراقب الدولة ممثلة في وزارة الصحة ونقابة الأطباء الأسعار في العلاج الخاص، بحيث لا يشكل شططاً في الأسعار، وبحيث تكون هذه الأسعار في حدود المعقول (٣).

#### التثقيف الصحي وأهميته في المجتمع

سنقدم في هذا الجزء عرض موجز لأهداف التثقيف الصحي ومجالاته ووسائله حتى يتسنى للقائمين بهذا الدور مراعاة ذلك :

#### أهداف التثقيف الصحي :

وهذه الأهداف تساعد الناس وتمكنهم من إدراك الجوانب الآتية :

- تحديد مشاكلهم وإحتياجاتهم.

- إدراك ما يستطيعون عمله حيال هذه المشاكل بمواردهم الخاصة  
مقتربة بدعم خارجي.

- تقرير أنسب إجراء لتعزيز المعيشة الصحية ورفاهية المجتمع المحلي وهذه  
الأهداف تتحقق عن طريق إعلان الآتي :

- إحصائيات الأمراض والوفيات والمشاكل الصحية المختلفة.

- كيفية الوقاية من الأمراض.

- الخدمات الصحية والوحدات التي تساعد في حل المشاكل الصحية.

- يجب أن يعي الفرد أن سلوكه وأسلوبه في الحياة هما المسئولان عن  
حالته الصحية.

**الطريقة المثلى لإنجاح برامج التثقيف :**

- تشجيع المشاركة الفعالة من جانب المجتمع المحلي والأفراد عن طريق:

- استخدام الخدمات الموجودة.

- تقييم الخدمات الصحية الموجودة.

- عمل وحدات جديدة عن طريق التطوع والتبرعات.

- تنمية روح الانتماء لدى الأفراد بحيث يتمتع كل فرد عن أى عمل  
يضر بصحة الآخرين.

- الإستقصاء عن حاجات الأهالي.

**ويكون العمل المطلوب تحقيقه ذو شقين أساسيين:**

- يلزم الحكومة أن تسهل المزيد من مشاركة المجتمع المحلي في إتخاذ  
القرارات.

- يحتاج الناس إلى العلم بإمكاناتهم لتحسين صحتهم بجهودهم الشخصية.

### مجالات التثقيف الصحي :

- ١ - تعريف الصحة ومسئولية الإنسان تجاه ممارسته الصحية :
- التعريف بجسم الإنسان والنمو والتطور.
- الصحة الشخصية والنظافة (صحة الفم والعينين والأذنين والأنف والشعر).
- توعية غذائية.
- توعية بالصحة الاجتماعية والنفسية.
- توعية بوسائل السلامة والأمانة.
- توعية بكيفية تكوين نمط سليم للحياة (التدخين - المخدرات).

### ٢ - صحة المجتمع :

- الإصلاح البيئي.
- الأمراض المعدية ووسيلة إنتشارها.
- التطعيم.
- الإسعاف الأولى.

### أهداف تثقيفية :

تغيير سلوك الناس بحيث يتبع الناس بعض الإجراءات الكفيلة بحل مشكلاتهم الصحية.

## أهمية مشاركة المجتمع في تحديد الأهداف :

يجب تشجيع الأفراد والجماعات والمجتمعات على إختيار الأهداف الخاصة بهم وعلى تلقي الإرشاد اللازم للقيام بذلك لأنه حين يحدد الناس أهدافهم بأنفسهم فإن ذلك يتلاءم مع السلوك الصحى الذى يقررون إتباعه مع الثقافة المحلية والموارد المتاحة.

## المهارات التى يجب أن تتوافر فى المثقف الصحى:

يجب أن يتوفر فى المثقف الصحى القدرة على الإتصال وفهم مايفكر فيه الناس وما تشعر به وعندما يتصل شخص مع الآخرين بوضوح فإنه يصبح قادراً على المشاركة والمحادثة الناجحة مع الناس ومهارات الإتصال:

- التحدث بصوت مسموع مما يكفى ليتمكن الآخرون من سماعه بوضوح.

- النظر إلى وجه من تحدثه وإن كنت تخاطب مجموعة من الناس وجه بصرك إلى كل منهم بالتناوب لأن تلاقى الأعين يحسن الإتصال.

- إنتقاء الكلمات بعناية حتى يفهم الآخرون ما تحاول أن تقوله.

- القدرة على التعبير عن مشاعرهم.

- الحرص على قول الأشياء بطريقة لانسئ إلى مشاعر الآخرين.

- الإستماع بإهتمام عندما يتحدث آخرون.

- ملاحظة سلوك الآخرين عندما يتحدثون.

- التأكد من جعل الآخرين يعرفون إنك تستمع إليهم بإهتمام.

- تذكر الأشياء التى قيلت.

- توخى الحيلة فى إستعادة صحبة.

- عدم تزويد أشياء ذكرت فى جو من الكتمان.

- الموضوعية فى الحديث.

لا تميل أحياناً إلى المبالغة فى الافتراض وذلك قد يكون من معوقات الإنصال فأحياناً نفترض أن من نخاطبه يعرف مانعرفه عن موقف ما وذلك قد يكون خطأ فمن الضرورى أن نضع أنفسنا فى موضع من نتعامل معه ونشعر بشعوره.

### أساليب التثقيف الصحى :

لقد سبق أن أوضحنا أن التثقيف الصحى هو العمل مع الناس لحل المشكلات وتحسين نوعية الحياة والتواصل عندما ترسل رسالة وتستقبل بشكل جيد بحيث يعى المتلقى المقصود من الرسالة التى يقولها الراسل، والرسالة فى التثقيف الصحى شئ مهم جداً. وطرق توصيل الرسالة:

١ - طريقة مباشرة : من الراسل للمتلقى عن طريق محادثة خاصة أو إجتماع جماعة أو حديث صحفى.

٢ - طريقة غير مباشرة : بوسائل الإعلام العامة كالإذاعة والتليفزيون والصحف.

ولتطبيق الطريقة التثقيفية عملياً لابد من الإجابة على ثلاث أسئلة عند تنفيذ البرنامج الصحى حتى يكون التواصل فعالاً :

( أ ) متى نجد الناس ؟

(ب) وأين نجد الناس ؟

(جـ) وكيف نشرك الناس ؟

## إستخدام وسائل الإعلام:

وتكمن أهمية وسائل الإعلام فى الجوانب الآتية:

- يمكنها الوصول إلى إناس كثيرين بشكل سريع.
- وهى قابلة للتصديق عندما تقرأ الناس فى صحيفة أو تستمع فى الإذاعة إلى قول شخص متخصص تصدق مايقوله وتعتقد فيه.
- يمكنها تقديم التذكر والتعزيز فى تكرار متصل.

## الطرق والوسائل :

### ١ - الأحاديث الصحفية:

إن الطريقة الطبيعية لتوصيل الرسائل للناس هى التحدث معهم، ولجعل الحديث أكثر تنقيفاً يفضل الإستعانة ببعض وسائل الإيضاح مثل العينات البصرية مثل المصققات والشرائح واللوحات الوبرية. كما يلزم ربط الحديث بالبيئة المحلية عن طريق إستخدام بعض الوسائل مثل الأمثال الشعبية ولا بد من إثارة إهتمام الناس عن طريق الإستعانة بالمناقشات والأغاني وتمثيل الأدوار والمعرض الإيضاحية.

إن إحدى مشكلات إستخدام الأحاديث هى أنه كلما كبر حجم الجماعة قلت فرص المشاركة والمناقشة، والمناقشة ضرورية لتتيح للناس طرح أسئلة ومشاركة الأفكار وإستيضاح الرسالة الحقيقية للحديث كما هو مطبق فى المجموعات الصغيرة. ولعلاج ذلك يمكن للمثقف الصحي أن يعطى بعض الوقت بعد الحديث للإجابة على أسئلة الناس فرادى.

## ٢ - إستخدام الأمثال فى التثقيف :

إن الناس شديدوا التعلق بأمثالهم فإن إستخدمت هذه الأمثال بفهم صحيح لمعناها فإنك تترك فيهم الإنطباع بأنك ملم بثقافتهم ومتفهم. حيث أن الأمثال مألوفة لدى الناس فإنهم قد يلتزمون باتباع ماتحملة من نصائح كما أنهم سوف يتذكرونها دائماً بسهولة، عند التعرض لموقف معين.

## ٣ - الأساطير :

الأساطير قصص خيالية تروى للأطفال وعادة ماتكون شخصياتها من الحيوانات والمفروض أن أفعال شخصيات الأساطير تعلم الأطفال طرقاً صحيحة للسلوك، كما أنها تبين للبالغين القيم التى لها أهميتها فى المجتمع.

## ٤ - القصص :

تروى القصص عن الأعمال الكبيرة التى قام بها الأبطال الوطنيون، وقد تكون القصص طريقة من طرق سرد الأحداث الهامة الشيقة التى حدثت فى مجتمع ما. ومن ثم يمكن للقصص التى تسلى الناس وتعلمهم التاريخ وتشر الأنباء والمعلومات وأن تكون مصدراً لتعديل السلوك. ويمكن الإستعانة بالقصص فى تقديم الأفكار والمعلومات وفى تشجيع الناس على النظر فى مواقفهم وقيمتهم ومساعدتهم على تقرير طريقة حل لمشاكلهم.

## ٥ - دراسة الحالة :

إن دراسات الحالات شبيهة بالقصص ونى تشل خبرات من واقع الحياة ونى تركز على حقائق وتعرض الأحداث كما حدثت فى الواقع. وهى تجمل الناس تتعاطف مع المشكلة وتجعلهم يفكرون فى أسباب المشكلة وكيفية حلها.

## ٦ - العروض الإيضاحية :

وهي زسلوب جذاب لمشاركة المعرفة والمهارات وهي تتضمن مزيجاً من التعليم والتطبيق العملى.

## ٧ - الملصقات :

وهى قطعة من الورق عليها كلمات أو صور أو رموز تنقل رسالة إلى من ينظرون إليها، ويمكن إستخدام الملصقات إستخداماً فعالاً فى الأغراض التالية:

- تقديم المعلومات والنصائح.
- التزويد بالتوجيهات والإرشادات.
- الإعلان عن الأحداث الهامة والبرامج.

## ٨ - الصور الفوتوغرافية:

وهى أداة تعليمية مفيدة فيمكنها أن تظهر الأوضاع والأشياء كما هى فى الواقع تماماً وهى يمكنها أن توضح مهارات جديدة.

## ٩ - الشرائط المسجلة :

لتقديم معلومات صحيحة وتعزيز الرسالة الصحية:

## ١٠ - الأفلام :

طريقة جذابة ويجب أن يكون الفيلم ذو مغزى يزود الناس بأفكار جديدة وبناءة.

وهي تعطى تقارير عن الأحداث ومقالات عن مواضيع معينة يتناولها المحررين بالعرض والتحليل<sup>(٤)</sup>.

#### خاتمة :

ناقش هذا الفصل التثقيف الصحى وأهميته فى زيادة وعى الجماهير ومعرفة الحقائق عن بعض الأمراض وكيفية العدوى وطرق الوقاية، هذا بجانب الأساليب المتنوعة للتثقيف الصحى ووسائله، بالإضافة إلى عرض مختصر للسياسة الصحية فى المجتمع المصرى، ونظم تقديم الرعاية الصحية من خدمات مجانية، والمؤسسات التى تقوم بهذه الخدمة فى كل مكان من القطاع الریفى والحضرى.

## مراجع الفصل الأول

- ١ - هبة نصار « دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية فى مصر » رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد، جامعة القاهرة، ١٩٨٣، ص ٣١.
- ٢ - على المكاوى، « الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمات الصحية »، دراسة ميدانية فى علم الاجتماع الطبى ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ص ص ٥٧ - ٥٩.
- ٣ - أنظر وقارن :
- أميرة صادق الطنطاوى، فاتن عبد اللطيف « مبادئ صحة المجتمع » بدون مكان نشر، الإسكندرية، ١٩٩٢، ص ص ٢٦٣ - ٢٦٧.
- ٤ - .....، المرجع السابق، ص ص ٩٥ - ١٠٥.

الفصل الثانى  
لمحة تاريخية عن تطور  
الخدمة الاجتماعية الطبية



## لمحة تاريخية عن تطور الخدمة الاجتماعية الطبية

إن الخدمة الاجتماعية الطبية المعاصرة كغيرها من مجالات الخدمة الاجتماعية ماهى فى النهاية إلا صيغة علمية جديدة لجهود تلقائية لازمت الإنسانية منذ بدء الخليقة. فكما أن الطب الحديث هو الصورة العلمية المعاصرة لجهود الأدياء والسحرة والمشعوذين، فإن الخدمة الاجتماعية الطبية بدورها هى إمتداد لجهود أهل الخير ورجال الدين وذوى النفوذ ومن إليهم ممن تصدوا لمساعدة الإنسان المريض على مر العصور. فحتمية المساعدة فى أى مظهر من مظاهرها قائمة بقيام المجتمع الإنسانى أيا كانت أشكاله بل وستتضاعف أهميتها مع زيادة التطلع المعاصر لإسعاد الإنسان ورفاهيته، ومع التعقد المضطرد فى علاقته الاجتماعية مع الآخرين<sup>(١)</sup>.

### الروافد التاريخية المبكرة:

قديمًا كان أسلوب العزل المجتمعى هو الأسلوب السائد مع معاملة المرضى. وعلى الرغم من تطرفه إلا أنه يؤكد فطنة الأقدمين إلى صلة المرض بالمجتمع، على الأقل من ناحية إنتشار العدوى وإيقاف سير الأوبئة. ومن هذا القبيل ماكان متبعاً مع فئات من المرضى كالمجذومين الذين كانت تحدد إقامتهم فى بعض المجتمعات فى مكان معين لايمكنهم الخروج منه إلا بإذن خاص، وأحياناً أخرى كانوا لا يخرجون من مستعمراتهم إلا ومعهم آلات صوتية لإبعاد الأصحاء عن طريقهم، بل كانوا يلزمون أيضاً بوضع قفازات فى أيديهم تجنباً من إنتقال عدواهم إلى الغير.

ثم جاءت الأديان السماوية لتؤكد ضرورة الإهتمام بالفئات المحتاجة وتقديم العون لها بما يحفظ عليها كرامتها ويقيها من الإهمال والعنت، وفي مقدمة هذه الفئات المرضى والمعوقين . فكان بوذا مثلاً يوصى بالرفق بالمرضى والضعفاء والمشوهين، وكان يعلن أن هدفه تخليص البشرية من آلامها، وأن يكون نوراً وشفاء لكل مريض أو عاجز، وأقام الملوك البوذيين فى الهند، وبخاصة أسوكا، أول مؤسسة رسمية للعناية بمن انتابهم عجز أو قصور فى حواسهم وأبدانهم.

أما رجال الدين المسيحى فقد تخلق كثيرون منهم بأخلاق السيد المسيح عليه السلام. فكانوا يوصون بمعاملة المرضى والمعوقين بروح الأخوة.

وقد دعا الإسلام إلى الرفق بالمرضى وعدم إرهابهم. وإذا ما انتقلنا إلى الفلسفة، كمرآة تعكس آراء الصفوة والحكماء، نجد ربطاً بين الخير والفعل وبين حسن معاملة المحتاجين والمرضى عند عدد كبير من الفلاسفة، ومن بينهم على سبيل المثال، أبو العلاء المعرى وغيره من المفكرين الذين غلبوا الهيمنة الروحية على الكمال البدنى، لأن مرآة الحياة الحقة فى نظرهم هى بقطة اللب وأعمال الفكر والتبصر فى الأمور. كما عرض للعلاقة بين النفس والبدن فلاسفة آخرون وفى مقدمتهم ابن سينا عند العرب وأفلاطون عند الإغريق<sup>(٢٥)</sup>.

وحرص المسلمون الأوائل وفى عهد الخلفاء الراشدين برعاية المرضى والمعوقين والمحتاجين، ويعتبر عمر بن الخطاب أول من سن شريعة إجتماعية لحماية المستضعفين. كما امتد ذلك النشاط الإجتماعى فى عهد الخلافة الأموية والعباسية، وخاصة فى أيام الخليفة عمر بن عبد العزيز، والخليفة عبد الله بن مروان، واهتمامهما الملحوظ برعاية المعوقين والمرضى بأمراض مستعصية وغيرهم من الفئات غير القادرة.

ويكشف لنا مؤرخى الطب الإسلامى عن ظهور العديد من الأطباء المعوقين خاصة من المكفوفين، ومنهم من تولى إدارة مستشفيات بأكملها، مثل الطبيب الكفيف أبو الحسن البغدادى الذى تولى إدارة يمارستان دار الحكمة لسنوات طويلة (٣).

وهكذا، كان الإهتمام المجتمعى بالمرضى والمعوقين قد لازم البشرية فى تاريخه القديم، وكان فى مجموعه رعاية لهم وعطفاً عليهم، أكثر منه تعنتاً معهم. وقد اتخذ هذا العطف صوراً شتى، من بينها المغالاة فى إغداق العطاء والخدمات لهم، رثاء لحالهم أو تقرباً إلى المعبود، ويدخل كل ذلك فيما نسميه بالإحسان الطبى. ولقد مر الإحسان الطبى بمراحل مختلفة، وتعددت أساليب العطف على المريض والمعوق إلى أن ظهرت الخدمة الإجتماعية كمهنة فى أواخر القرن الماضى عام ١٨٩٨ (٤) كتنظيم مهنى قائم على العلم والمهارة، لها مجالاتها وميادينها المختلفة والمتنوعة كالأحداث والأسرة والطفولة وما إلى ذلك لتظهر الحاجة إلى قيام الخدمة الإجتماعية الطبية كميكان متخصص يستهدف المساعدة الإجتماعية لفئات المرضى فى المستشفيات والمصحات الطبية المختلفة.

وكانت إنجلترا أولى الدول التى أخذت بنظام الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى ثم أمريكا فبعض الدول الأخرى.

### نشأة الخدمة الإجتماعية الطبية فى إنجلترا :

يمكننا أن نوجز أهم العوامل والمصادر التى مهدت لقيام الخدمة الإجتماعية الطبية فى إنجلترا فيما يلى :

١ - الحركة التى ظهرت فى إنجلترا حوالى عام ١٨٨٠ للعناية بمرضى

العقول، عندما تبين أن المرضى المصابين بأمراض عقلية يحتاجون إلى رعاية لاحقة بعد خروجهم من المصححات، ولذا كانت الزائرات يذهبن إلى بيوت المرضى حيث يصرون أسرة المريض، وأصدقائه بنوع الرعاية والمعاملة اللازمة له بعد خروجه من المستشفى وذلك حتى يمكن تجنب تكرار المرض.

٢ - كان المصدر الثاني للخدمة الاجتماعية الطبية نظام سيدات الإحسان (Lady Almoners) اللائي كن يتطوعن في المستشفيات الإنجليزية في لندن سنة ١٨٩٠ للقيام بالبحوث الاجتماعية لتقرير أحقية مقدم الطلب في الحصول على الخدمة الطبية والإلتحاق بالمستشفى بالجان، والإستعانة ببعض الجمعيات الخيرية لمساعدة المريض (٥).

ويرجع الفضل في وجود نظام سيدة الإحسان إلى « تشارلز لوك » الذي كان يعمل سكرتيراً لجمعية تنظم الإحسان، فهو الذى اقترح تعيين موظفات بالمستشفيات يكون مهمتهن التعرف على الظروف المختلفة للمريض، وقد تم إختيارهن وأعطوا تدريباً مناسباً لهذا العمل الجديد فى المستشفيات وقد أطلق عليهن " Almoners " وقد اقتبس هذا الاسم من لفظ " Alm " ومعناها الإحسان أى المحسنات ولا يزال يطلق هذا الاسم عليهن حتى الآن، وقد كان مستشفى « سانت باثلميو » أول مستشفى أخذ بهذا العمل.

٣ - وفى عام ١٩٠٦ وضع أول نظام رسمى لهذا العمل الجديد فى المستشفيات متضمناً طريقة إختيار سيدات الإحسان وتدريبهن وتأهيلهن للعمل فى هذا الميدان تحت إشراف تشارلز لوك، وقد بلغ عدد العاملين فى هذا الميدان فى عام ١٩١٢ (٣٠) وارتفع فى عام ١٩٣٠ إلى (١٠٥). وقد نشرت جمعية الخدمة الاجتماعية الطبية فى عام ١٩٣٥

مذكورة أوضحت بها أهمية هذا الميدان، وقد كان لنشرها أكبر الأثر في توضيح ما خفى عنه. ويعتبر عام ١٩٤٣ من أكبر سنى النشاط للعاملين في هذا الميدان بعد خطاب « هيلين ريس » التي بينت فيه تفاصيل العمل والخدمات الأصلية التي يختص بها العاملين به مما جعل المشتغلين في الميدان الطبى وغيرهم يعرفون حقيقة عمل الإخصائية الإجتماعية الطبية، وأصبح بعد ذلك لزاماً على إدارة المستشفيات أن تعهد إليهن بالعمل الفنى الذى تخصصن من أجله بدلاً من الأعمال الروتينية التى كن يقمن بها والتى لا تمت إلى الغرض الذى عينوا من أجله.

وفي خلال الحربين العالميتين الأولى والثانية زاد الطلب على الإخصائيات الإجتماعيات لمساعدة المحاربين وأسرهـم. وقد بعثت بعض الدول كالسويد وفنلندا وهولندا بعثات من الطلبة والطالبات إلى إنجلترا للتخصص فى ميدان الخدمة الإجتماعية<sup>(٦)</sup>.

وقد أخذت بعد ذلك الخدمة الإجتماعية الطبية فى إنجلترا فى التطور الدائم حتى وصلت إلى مستوى عال وانتشرت فى جميع المؤسسات الطبية باعتبارها ضرورة من ضرورات العلاج.

### نشأة الخدمة الإجتماعية فى أمريكا :

كانت من أهم العوامل والمصادر التى مهدت لنشأة الخدمة الإجتماعية فى الولايات المتحدة الأمريكية مايلى :

- ظهور نظام الممرضات أو الزائرات الصحيات "Visiting Nurses" فى بعض المستشفيات الأمريكية فى نيويورك سنة ١٨٩٣ حيث قامت الزائرات الصحيات بزيارة بيوت الفقراء من المرضى فى الأحياء المجاورة

لمحلة هنرى ستريت لسداد نفقات الرعاية العلاجية والتمريض وكان قد إستعري إنتباههن العديد من المشكلات الاجتماعية والشخصية التى تنشأ عن المرض. وقد إستفاد فى بعض مستشفيات نيويورك من خبرات محلة هنرى ستريت وأدركت أن الزيارة المنزلية تؤدى إلى تقدم كبير فى تأثير العلاج الطبى، ودأبوا على إرسال زائرات صحيات من المستشفى مباشرة الرعاية اللاحقة والإشراف على المرضى بعد خروجهم من المستشفيات.

٢ - المصدر الآخر للخدمة الاجتماعية الطبية فكان عن طريق طلاب كلية الطب الذين أجروا تدريباً عملياً فى المؤسسات الاجتماعية عندما طلبت جامعة بالتيمور فى عام ١٩٠٢ أن تشمل الدراسة الطبية دراسة المشكلات الاجتماعية الإنفعالية وطلبت أن يعمل طلابها كمتطوعين فى المؤسسات الخيرية حتى يكتسبوا فهماً وإدراكاً للآثار الاجتماعية والإقتصادية وظروف المعيشة على حالة المريض.

٣ - وفى هدى هذه الخبرات نشأت الخدمة الاجتماعية الطبية فى عام ١٩٠٥ فى جهات مختلفة فى الولايات المتحدة وأصبح الأخصائيون الاجتماعيون أعضاء فى هيئات موظفى المستشفيات العامة بعد أن أصبح الطبيب المتخصص الحديث لا يستطيع أن يتعرف بدقة على الحالة المعيشية، والدخل، والبيئة، وعادات، وشخصية المريض كما كان الأمر مع طبيب الأسرة السابق. وكان أطباء مستشفى مساشوستس أول من لمسوا الحاجة إلى الأخصائى الاجتماعى للقيام بمساعدة المريض وأسرته (٧). هذا ويعود الفضل فى إرساء دعائم الخدمة الاجتماعية الطبية فى هذه المستشفى إلى الدكتور ريتشارد كابوت، الذى مرت عليه حالات مرضية كثيرة وجد فيها أن العلاج الطبى لا يأتى بثمره مرجوة إلا بعد

حل مشاكل المريض الإجتماعية، كما أن هناك حالات معينة يكون الطبيب فيها بحاجة إلى معاونة الأخصائي الإجتماعي الطبي لإعطاء فكرة عن بيئة المريض وظروفه لما لذلك من أهمية فى التشخيص وفى العلاج<sup>(٨)</sup>.

وهكذا ومنذ قيام الخدمة الإجتماعية الطبية كمهنة وعمل منظم فى عام ١٩٠٥ إلى وقتنا الحالى يطرد إتساع نطاق عملها، كما يطرد رسوخها وأصلاتها فى أنحاء كثيرة من العالم.

#### الخدمة الإجتماعية الطبية فى مصر:

إن مهنة الخدمة الإجتماعية حديثة العهد بالنسبة لمصر، حيث ترجع نشأتها على أسس فنية علمية إلى سنة ١٩٣٦. لذلك لانعجب أن ينشأ ميدان تخصصى فيها بعد ذلك التاريخ بمدة من الزمن.

نشأت الخدمة الإجتماعية الطبية فى مصر بوزارة الصحة فى فرص متفاوتة كانت تخضع لإمكانات الميزانيات المتعاقبة وإلى درجة إقتناع المسؤولين بوزارة الصحة وغيرها من الجهات المعنية بأهمية الخدمة الإجتماعية فى المؤسسات الطبية ويعتبر ميدان الخدمة الإجتماعية الطبية فى محيط الأمراض الصدرية أول ميدان إجتماعى طبي نشأ فى وزارة الصحة، إذ بدأ العمل فيه بإنشاء أول وظيفة لأخصائى إجتماعى طبي « بقسم الأمراض الصدرية » بالوزارة عام ١٩٤٧.

وفى عام ١٩٤٩ عرفت المستشفيات العمومية الخدمة الإجتماعية الطبية لأول مرة بتعيين إخصائيين إجتماعيين. إحداهن بمستشفى المنيرة (الملك سابقاً) والثانية بمستشفى باب الشعرية ثم عين أخصائى إجتماعى

بمستعمرة الجذام بأبى زعبل وكان ذلك فى سنة ١٩٥٠ . وهكذا بدأت وزارة الصحة باستمرار على إنشاء وظائف للخدمة الإجتماعية فى جميع مؤسساتها الطبية بعد ما اقتنع المسئولون بالوزارة بأهمية هذا الجانب الإجتماعى فى العلاج بفضل المجهودات التى بذلها الأخصائيون الإجتماعيون الأولون الذين عملوا فى هذا الميدان.

هذا ما وصلت إليه الخدمة الإجتماعية الطبية فى المؤسسات الحكومية - أما فى المؤسسات الأهلية ، فقد كانت فى أول أمرها عبارة عن تقديم خدمات إجتماعية للمرضى فى صورة مساعدات مالية أو عينية أو تقديم بعض ألوان الترفيه لهم بالمستشفيات عن طريق التطوع من سيدات الجمعيات الخيرية. وقد كانت الجمعية النسائية لتحسين الصحة من أوائل الجمعيات الخيرية التى تعمل فى هذا السبيل منذ نشأتها فى عام ١٩٣٦ بقصد رعاية المرضى الفقراء إجتماعياً، ثم اختصت بعد ذلك لميدان الدرن، وقد كانت الجمعية فى مبدأ أمرها تعمل على مد المرضى الفقراء بمساعدات مختلفة وتقوم سيدات الجمعية بزيارة المرضى وأسرهم بالمنازل، كما كن يقمن بزيارة المرضى بالمستشفيات والمصححات وتقديم الهدايا فى المناسبات المختلفة وتنظيم بعض ألوان الترفيه لهم، ثم تطورت هذه الخدمات وقامت الجمعية بتعيين عدد مناسب من الأخصائيين الإجتماعيين كى يمكن تأدية هذه الخدمات على أسس فنية منظمة. وقد اتسع نشاط الجمعية شيئاً فشيئاً فأصبحت لها الآن فروعها المختلفة بالمحافظات، ومؤسسة لرعاية أبناء مرضى الدرن وهى مدينة تحسين الصحة بالهرم، كما أقامت دور للطلبة الناقهين من الدرن كما أنشأت مصنعاً للنسيج يدار على أسس تعاونية لصالح أبناء مرضى الدرن وتهدف الجمعية إلى إيجاد وسائل التأهيل المهنى للمرضى.

كما تأسست جمعية مكافحة الدرن في عام ١٩٣٦ وكان ضمن أغراضها توفير المأكل والملبس والسكن للمعتمدين من المرضى وذويهم، ثم تطورت فيما بعد وأثارت الطريق أمام المسؤولين لإنشاء جمعية أهلية كبرى تقوم على رعاية مرضى الدرن إجتماعياً على أسس علمية مكان إنشاء الجمعية العامة لمكافحة التدرن في عام ١٩٥٣.

كما قامت بعض جمعيات أخرى مثل الجمعية الأهلية لمكافحة الدرن في الإسكندرية عام ١٩٣٨ . كما أن جمعية الهلال الأحمر وجمعية المواسة الإسلامية كان لهما نشاطاً ملحوظاً في تقديم ألوان مختلفة من الخدمات الإجتماعية في المجال الطبي . هذا إلى جانب بعض الجمعيات الخيرية الأخرى ذات النشاط المحدود<sup>(٩)</sup>.

## مراجع الفصل الثانى

- ١ - عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد فى المجتمع النامى، ط ١، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٨٠، ص ١١.
- ٢ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، ط ٢، القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٥، ص ص ٧ - ٩.
- ٣ - عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين فى المجتمعات النامية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٤، ص ٩٣.
- ٤ - عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٦٩، ص ٩٢.
- ٥ - محمود حسن، مقدمة الخدمة الإجتماعية، الإسكندرية، دار الكتب الجامعية، ١٩٧٥، ص ٦٦٦.
- ٦ - أحمد حسنى الشيكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، ط ١، القاهرة، مطبعة العلوم، ١٩٦١، ص ص ١٨ - ٢٠.
- ٧ - محمود حسن، مقدمة الخدمة الإجتماعية، مرجع سابق، ص ٦٦٧.
- ٨ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مرجع سابق، ص ١٧.
- ٩ - أحمد حسنى الشيكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ص ٢٣ - ٢٦.

الفصل الثالث  
الخدمة الإجتماعية الطبية  
أهميتها وفلسفتها



## الخدمة الإجتماعية الطبية

### أهميتها وفلسفتها

الخدمة الإجتماعية فى مفهومها المعاصر مهنة متخصصة لها قوانينها الفنية وأساليبها العلمية، ظهرت فى المجتمعات المتطورة منذ أوائل القرن العشرين كاستجابة حتمية لحاجات إنسان هذا العصر.

والخدمة الإجتماعية كمهنة يعرفها « الفريد لندر Friedlander » بأنها «نوع من الخدمات المهنية، تعتمد على قاعدة من المعرفة العلمية، والمهارات المختلفة فى ميدان العلاقات الإنسانية، تمارس فى مؤسسات إجتماعية لمساعدة الأفراد كمحالات أو كجماعات للوصول إلى مستوى من التكيف والنضج والإعتماد على أنفسهم » (١).

ويذهب « دونهام Dunham » إلى أنها « تلك الخدمة المهنية التى تقدم للناس بغرض مساعدتهم على تنمية قدراتهم والوصول إلى تحقيق علاقات مرضية ومستويات ملائمة من الحياة فى إطار إحتياجات وإمكانات المجتمع » (٢)

وفى ضوء هذا المفهوم، فإن الخدمة الإجتماعية الطبية بوصفها مجال نوعى للخدمة الإجتماعية ذاتها تكون خدمة مهنية تساعد المريض - فرداً كان أو جماعة - طالما هو يواجه مشكلة تتطلب إلى المساعدة الفنية المهنية لمواجهتها وذلك لمساعدته على الإستفادة الكاملة من العلاج الطبي.

وقد ظهرت تعاريف متعددة حول الخدمة الاجتماعية الطبية منها :

١ - الخدمة الاجتماعية الطبية هي « إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية، تمارس في المؤسسات الطبية، أساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي، وتهدف إلى الوصول بالمرضى للاستفادة الكاملة بالعلاج الطبي والتكيف في بيئته الاجتماعية » (٣).

٢ - الخدمة الاجتماعية الطبية هي « إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية، تمارس في المؤسسات الطبية، لمساعدة المريض فرداً كان أو جماعة باستغلال إمكانياته وإمكانات مجتمعه للتغلب على الصعوبات التي تعوق تأديته لوظيفته الاجتماعية وذلك للاستفادة من العلاج الطبي ورفع الأداء الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن » (٤).

٣ - ويراه البعض بأنها « إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية التي تعنى بالعلاقات الاجتماعية بين المريض والمستشفى وبيئته الخارجية » .

٤ - كما يذهب آخرون إلى أنها « مهنة التعامل مع الذات الاجتماعية للمرضى لتدعيم الذات المرضية » (٥).

وتأسيساً على ما سبق نستطيع من جانبنا أن نقدم مفهوماً إجرائياً يعكس أهم الملامح والأخصائص الرئيسية للخدمة الاجتماعية الطبية فيما يلي :

(١) الخدمة الاجتماعية في محيط التنظيمات الطبية خدمات مهنية لها قواعدها وأصولها الفنية التي تستند على قيم ونظريات ونماذج علمية تشكل الأساس المعرفي في تدخلها المهني.

(٢) إن الخدمة الإجتماعية الطبية مجال من مجالات الممارسة فى الخدمة الإجتماعية تتفاعل أساساً مع المريض وأسرته، وتمتد خدماتها إلى الفريق الطبى والعاملين بالمستشفى بل إلى المجتمع المحلى.

ومن ثم فهى تسعى إلى تقديم أقصى درجة ممكنة من المساعدة لهم.

(٣) تتميز الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية بطابعها العلاجى أساساً وإن كان ذلك بالضرورة قد يحقق أهدافاً وقائية وإنشائية فى ذات الوقت.

(٤) تؤمن الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية بأن مشكلات المريض نابعة من تفاعله مع بيئته الإجتماعية ومن ثم فهى تملك القدرة على التأثير فى كل من المريض وفى هذه البيئة فى الوقت نفسه.

(٥) تقوم الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية بمسئولياتها عن طريق المساهمة عند الضرورة لمساعدة المريض وحماية له من نفسه وحماية للمجتمع فى نفس الوقت فهى معروضة ومفروضة فى نفس الوقت.

(٦) إن الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى تستخدم طرقاً فنية للتعامل مع المريض كفرد أو كعضو فى جماعة أو مجتمع - هى طريقة خدمة الفرد، خدمة الجماعة، تنظيم المجتمع كما أنها تستخدم طريقتين أخرتين لتعاون فى ممارسة الطرق الثلاثة الأساسية وهما طريقة البحث الإجتماعى وطريقة إدارة المؤسسات.

(٧) يمارس الخدمة الإجتماعية الطبية أخصائيو إجتماعيون لديهم الاستعداد لممارسة هذه المهنة وتم إعدادهم إعداداً مهنياً خاصاً، أكاديمياً وعملياً.

(٨) تمارس الخدمة الاجتماعية فى نطاق هذا الميدان من خلال تنظيمات طبية متخصصة (مستشفيات - مصحات علاجية - عيادات طبية ... إلخ). وعموماً فإن أى من هذه التنظيمات لها فلسفتها وأهدافها ووظائفها وخدماتها ونظام يحكم عملها ويجب على الإخصائى الاجتماعى الطبى أن يمارس الخدمة الاجتماعية من خلال هذه الأهداف وتلك الوظائف مراعيًا نظم هذه المؤسسات الطبية.

(٩) تعتمد الخدمة الاجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية فى ممارستها على التخطيط العلمى الذى يبدأ بعملية الدراسة لتسق التدخل المهنى سواء كان المريض أو أسرته أو المجتمع، ثم عملية التشخيص (التحليل)، ثم وضع الخطة العلاجية المناسبة (التخطيط)، ثم القيام بمتابعة وتقويم ما تم من تدخل مهنى.

(١٠) تعتمد فى عملية المساعدة على التعاون بين فريق العمل كما تمثله كافة التخصصات المهنية الطبية والنفسية والمختبرية .. إلخ.

(١١) تمثل الوسيط بين أطراف الموقف العلاجى (المريض والأسرة والطبيب بل ومؤسسات المجتمع بصفة عامة).

(١٢) تتطلب مهارات خاصة علاقية وفنية فى التعامل مع أنماط المرضى، والفريق المعالج ومؤسسات المجتمع وما إلى ذلك.

## أهمية الخدمة الإجتماعية الطبية

ترجع أهمية الإستعانة بالخدمة الإجتماعية فى التنظيمات الطبية لإعتبارات عديدة نذكر منها :

١ - تحتل الخدمة الإجتماعية الطبية أهمية بالغة فى عالم اليوم الذى تعقدت فيه أساليب وإجراءات الرعاية الطبية بتخصصاتها المختلفة وتحولت فيه المستشفيات والعيادات إلى مؤسسات بيروقراطية متعددة التخصصات والإجراءات، إدارية كانت أو طبية متخصصة بل إن ظهور نظريات التحليل النفسى والطب النفسى وتوالى الكشوف العلمية الحديثة حول كل من الأمراض التقليدية وأمراض العصر، أدت إلى سيادة العنصر الإنسانى والسلوكى والإجتماعى على كافة العناصر الأخرى فى تفسير أسباب المرض بل ودرسم خطط العلاج. وليصبح البعد الطبى فى التعامل مع المريض هو مجرد واحد من الأبعاد الواجب الإهتمام ولكن ليس نهاية المطاف. حقيقة أدركها قديماً الطبيب الأمريكى الشهير ريتشارد كابوت R. Cabot سنة ١٩٠٥ حينما أعلن مقولته الشهيرة: « لا لا علاج لمرض بدون علاج واقعنا الإجتماعى » وأفسح المجال لدخول الأخصائى الإجتماعى المجال الطبى منذ ذلك التاريخ وحتى اليوم ليس فقط فى مستشفى ماسانوسيتس التى كان يعمل بها ولكن لتنتشر فى غالبية أنحاء العالم<sup>(٦)</sup>. ويقول الدكتور سبنسر كولز « إن ثمانى عمليات من كل عشرة عمليات جراحية غير ضرورية بالمرة وكثير من الناس الذى يعانون آلاماً معدية وآلام الزائدة الدودية وأمراض القلب وغيرها من الأمراض الشائعة ليسوا مرضى بالمعنى الصحيح للمرض الجسمى، وهذه الأعضاء المصابة قد تكون سليمة تماماً بالرغم من

وجود الآلام وظهور الأمراض الحقيقية التي قد تكشف عنها أشعة إكس. وقد تكون الأسباب الأساسية لهذا المرض هي القلق والخاف والتهور الوجداني وهموم الحياة<sup>(٧)</sup>.

ولذا فالمثل الذي يقول « إن الصحة هي التحرر من الهموم » ينطوي على الكثير من الحقائق الثابتة.

ولذلك فتعاون كل من الطبيب والأخصائي تحكمها وحدة شخصية المريض وتكاملها فهو تعاون مطلق سواء في المراحل التشخيصية أو العلاجية أو في فترات النقاهة.

٢ - إذا كانت الخدمة الاجتماعية الطبية تمثل ضرورة من ضروريات العلاج إلا أن لها دورها الوقائي بنشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض وذلك تجنباً لانتكاس المرض بالنسبة للمريض أو سريان عدواه إلى باقي أفراد أسرته وما إلى ذلك.

٣ - هناك بعض الأمراض التي يكون واضحاً فيها الجانب الاجتماعي أو التي تعود إلى الأنماط الثقافية الموجودة في البيئة، وهنا يصبح دور الخدمة الاجتماعية هو المطلب الهام إن لم يكن هو المطلب الأهم.

فمجتمعاتنا النامية تتميز بتفشي الخرافات والشعوذة بين الغالبية من الناس وخاصة في شعوب المرض والصحة. فانتشار الجهل ورسوخ العادات والتقاليد البالية بين هذه الجموع من الناس تشكل مشكلات صحية جسيمة الخطر على صحة أبناء هذه المجتمعات في حاضرهم وفي مستقبل أبنائهم من بعدهم، ومن ثم على مستقبل هذا المجتمع ورفاهيته، ولعل أهم مظاهر هذا الجهل وهذه المعتقدات مقاومة العامة للعلاج الطبي أو عدم الاعتقاد في قيمته أو في إنكار المرض أو عدم

الإمتثال الكامل لأوامر الطبيب بالتزام الراحة أو اتباع نظام خاص فى التغذية أو إجراء جراحة وما إلى ذلك. ويستتبع ذلك بالضرورة الإلتجاء إلى الوصفات البلدية أو الدق والزائر أو قراءة التسمائم أو الإلتجاء إلى مدعى الطب والدجالين وأمثالهم. ومثل هذه الظواهر وغيرها تشكل أعباء إجتماعية وإقتصادية لايمكن أن تحتملها هذه المجتمعات فى فترة هى فى حاجة إلى جهود أبنائها لتنمية مجتمعهم.

وهكذا يتبين لنا مدى الحاجة إلى جهود أخرى غير العلاج الطبى ذاته هو ما نعرفه بالخدمة الإجتماعية الطبية.

٤ - أضف إلى ماسبق أن كثيراً من مجتمعاتنا النامية تعاني من فقر وحاجة تعرقل حتى فئة المثقفين من الناس عن السعى للعلاج الطبى أو المتابعة على العلاج أو حتى الإستفادة من الإمكانيات العلاجية المتاحة لهم لعدم تحمله أعباء التعطل عن عمله أو التخلف عن إدارة أعماله أو بيع تجارته (٨)، بالإضافة إلى ما قد يتطلبه العلاج من نفقات باهظة التكاليف وخاصة إذا ما استدعى الأمر الإقامة بالمستشفى لفترة زمنية طويلة أو إجراء عملية جراحية. ومن هنا فإن الأخصائى الإجتماعى الطبى يحاول بأساليبه المهنية مواجهة الظروف وتذليل الصعوبات التى تعترض إستفادة المريض من كل أساليب العلاج المقررة لحالته. وذلك بالإلتجاء إلى كافة المصادر والخدمات المتوفرة داخل المستشفى أو خارجها وتوجيه المريض أو أسرته للإستفادة منها.

٥ - الفراغ الذى يشعر به المريض خلال تواجده فى القسم الداخلى وخاصة لفترات طويلة مما يستلزم تنظيم برامج خاصة لهم (٩). وهنا يبرز دور الخدمة الإجتماعية ، ويؤكد أهمية تدخلها فى هذا الميدان.

٦ - وأخيراً، المستشفى بحكم وظيفتها وطبيعة العمل فيها تعد «البوابة» التى يخرج منها المعوقون، وفى الإنصال المبكر بهم عن طريق الإخصائى الاجتماعى ما يعين على توجيههم الوجهة التأهيلية المناسبة، وبذلك يتحولون إلى طاقات إيجابية منتجة بدلاً من تعرضهم لنوازع إنكالية أو سلبية تشكل منهم عبئاً اقتصادياً على أسرهم ومجتمعهم<sup>(١٠)</sup>.

## فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية

الفلسفة هي مجموعة من المعتقدات والأهداف والقيم والمبادئ الأخلاقية<sup>(١)</sup> ولكل مهنة مجموعة متميزة من هذه المعتقدات والقيم التي تميزها عن غيرها من المهن وهذا ما نطلق عليه الفلسفة المهنية Professional Philosophy. وهذه الفلسفة إنما تمثل جزءاً جوهرياً من الثقافة الفرعية للمهنة التي يجب أن ينتمى إليها الممارس المهني، والتي يجب أن تكون جزءاً من ذاته المهنية P. Self، وأن يعتنقها ويتطبع بها ويعمل وفقاً لها<sup>(١)</sup>.

وتقوم فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية على بعض الأسس والمسلمات التي تساعد على كشفها التقدم العلمي الحديث والقيم الإنسانية المجردة. ويمكن تلخيصها فيما يلي :

١- الإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية دائماً ما دام هو إنسان يعيش في مجتمع إنساني وفي بيئة اجتماعية.

٢ - ومن ثم فأى اضطراب في إحدى هذه العناصر هو نتيجة التفاعل بين عناصره الأخرى لأحداث هذا الاضطراب. كما أن هذا الاضطراب يؤدي بدوره إلى اضطراب العناصر الأخرى وهكذا.

٣ - الإنسان هو أسمى الكائنات الحية شأناً وقيمة في سلم الكائنات الحية. والخدمة الاجتماعية الطبية تؤكد هذه القيمة الإنسانية، وتؤمن بكرامة الإنسان واحترام ذاته.

٤ - الخدمة الاجتماعية الطبية تؤمن بفردية الإنسان، فرغم الحاجات المشتركة له في حالة إصابته بأمراض معينة إلا أنه يختلف عن أى مريض

آخر بنفس نوع المرض ويحتاج إلى نوع معين من المعاملة ونمط معين من الخدمات وأسلوب خاص في الرعاية<sup>(١٢)</sup>.

٥ - إن العوامل الاجتماعية للإنسان ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمرض بل وقد تكون سبباً له، ولذا يجب أن يسير كل من العلاج الطبى والعلاج الاجتماعى جنباً إلى جنب<sup>(١٣)</sup>.

#### أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية:

وتأسيساً على ماسبق تتحدد الإستراتيجية العامة (الأهداف) للخدمة الاجتماعية الطبية فيما يلى<sup>(١٤)</sup> :

١ - مساعدة المريض على مواجهة مشكلاته بما يعاون على إستفادته من العلاج وإتمام شفاؤه، ومعاونته على الإستفادة من الموارد المتاحة فى المجتمع على أفضل وجه يلائم ظروفه، واحتياجات أسرته.

٢ - تزويد الطبيب المعالج بمعلومات خاصة بالمريض وظروفه الاجتماعية والنفسية والبيئية لما لذلك من أهمية فى عملية التشخيص لحالة المريض ووضع خطة العلاج المناسبة له.

٣ - تنسيق عمليات الإتصال اللازمة بين وحدات المستشفى وأقسامه المختلفة وبين المستشفى وغيره من الجهات الأخرى بما يضمن حصول المرضى على الرعاية الكافية وفق حالتهم.

٤ - نقل إنجازات المواطنين فى المجتمع المحلى للمستشفى وشرح سياسات المستشفى للمواطنين والإسهام فى جهود التثقيف الصحى والدعوة إلى الإجراءات والممارسات الوقائية.

٥ - إيجاد الجو المناسب والإتجاهات المناسبة لخدمة المرضى، ومساعدة العاملين فى المستشفى على مواجهة مشكلاتهم الشخصية والإجتماعية التى تؤثر على أدائهم لعملهم باعتبارهم بشراً لهم نفس المشكلات التى تواجه غيرهم من المواطنين.

## مراجع الفصل الثالث

(١)

(2) Arther Dunham, The New Community Organization, N. Y.,  
Co., Inc., 1970, p. 20.

(٣) أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية ، مرجع سابق، ص ٢ .

(٤) إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والنفسى، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٠ ، ص ٢٥ .

(٥) عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد محمد، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى ورعاية المعوقين، ط ٢ ، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧، ص ١١٦ .

(٦) عبد الفتاح عثمان، عبدا لكريم العفيفى معوض، خدمة الفرد التحليلية بين النظرية والتطبيق، ط ٢ ، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٤ ، ص ٣٧٧ .

(٧) فاطمة الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الإجتماعية، ط ٥ ، القاهرة، مطبعة السعادة، ١٩٧٤ ، ص ٦٠٥ .

(٨) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص ٨٧ .

(٩) إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي والنفسي، مرجع سابق، ص ٨٨ .

(١٠) محمد عبد المنعم نور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، مرجع سابق، ص ٨٤.

(11) Max Siporin, Introduction to Social Work Practice, N. Y., Macmillan, B. Co., Inc., 1975, p. 62.

(١٢) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص ص ١٠٣ ، ١٠٤ .

(١٣) أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ٢ .

(١٤) أنظر :

- إبراهيم عبد الرحمن رجب، تنظيم أقسام الخدمة الاجتماعية في المستشفيات، ورقة عمل مقدمة إلى ندوة « التطورات الحديثة في الخدمة الاجتماعية الطبية » ، التي تنظمها الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية بوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية بالرياض، من ١ - ٢ جمادى الثانية ١٤١١ هـ ، ص ٥ .

Skidmore & Milton, G., Introduction to Social Work, 2ed, U.S.A., Prentice Hall, Inc., 1976, p. 85.

- Deporah B., & Anderay, Anita, K., Clients Evaluation of Medical Social Services, in Social Work, N. Y., N. A. S. W., Vol. 20, 1975, p. 44.



الفصل الرابع  
تنظيم أقسام الخدمة الإجتماعية  
فى محيط التنظيمات الطبية  
(البناء والوظيفة)



## تنظيم أقسام الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية (البناء والوظيفة)

### التنظيمات الطبية:

هى كل وحدة أو هيئة أو مؤسسة طبية تستهدف تقديم رعاية علاجية صحية للأفراد سواء كانت هذه الرعاية، رعاية علاجية أو وقائية أو إنشائية ، وسواء كانت رعاية عامة أو رعاية متخصصة، تقدم هذه الخدمات لأفراد يقيمون فى بيئة جغرافية معينة أو يتبعون قطاع مهنى ... إلخ. أو تقدم خدماتها للجميع بلا استثناء. وتكتسب المؤسسة هذه الصفة العلاجية أو الوقائية الصحية لوجود عدد مناسب من المتخصصين بها فى شئون الطب كالأطباء والمرضى والأخصائيين فى شئون العلاج أو الكشف أو التحليل وما إلى ذلك.

وينطوى تحت المؤسسات العلاجية؛ المستشفيات العامة والعيادات والمستشفيات التخصصية والمستوصفات، كما ينطوى تحت المؤسسات الوقائية؛ مكاتب الصحة، ومراكز رعاية الطفولة والأمومة والصحة المدرسية ومكاتب التثقيف الصحى، كما انتشرت المؤسسات الإنشائية كدور النقاة، ومراكز ومكاتب التأهيل المهنى ... إلخ.

وتتصف التنظيمات الطبية وخاصة فى المستشفيات والمصحات بتعدد أقسامها وكثرة عدد العاملين بها مع إختلاف تخصصاتهم، ومسئولياتهم. كما تتسم هذه التنظيمات بطابع يميزها عن غيرها من التنظيمات أو

المؤسسات الاجتماعية التي تعمل بها الخدمة الاجتماعية فى المجتمع. فهى وحدة من نمط خاص يكسبها منظر المرضى وآلامهم وزائحة الدواء والمطهرات ولون الملابس والأسره نموذجاً خاصاً فريداً، وجواً نفسياً خاصاً بها<sup>(١)</sup>.

والخدمة الاجتماعية كقسم من أقسام المؤسسة الطبية لايعتبر وحدة مستقلة ولكنه جزء من إدارتها تابع لها ويخضع لإشرافها. فهو مكمل للعمل الرئيسى الذى يتركز فى علاج المريض، لذلك يجب أن يؤمن قسم الخدمة الاجتماعية بضرورة وأهمية العلاقة الإيجابية بينه وبين الأقسام الأخرى بالمستشفى، وبالفريق العلاجى الذى يضم الطبيب المعالج والممرضات والأخصائى النفسى وأخصائى العلاج الطبيعى وغيرهم لما فى ذلك صالح المريض وصالح العمل وتحقيق أهداف المؤسسة الطبية. ونظراً لحدائث أقسام الخدمة الاجتماعية فى المستشفيات فإن عليها مسؤولية التوعية بأهدافها ورسالتها لجميع المسؤولين بالمستشفى وغيرهم<sup>(٢)</sup>. ولاشك أن خير تعريف بهذه الأهداف هو ما تحققه من إنجازات ملموسة وفوائد عملية يلمسها المرض، كما يحسها القائلون بالعمل فى المستشفى.

## البناء التنظيمى لأقسام الخدمة الإجتماعية فى التنظيمات الطبية

لقد نص الدليل الصادر عن الإتحاد الأمريكى للمستشفيات American Hospital Association حول الشروط الواجب توافرها عند النظر فى الإعتراف بالمستشفيات فى الولايات المتحدة الشرط الآتى :

« أن تتضمن الخطة التنظيمية للمستشفى قسماً للخدمة الإجتماعية ... يتولى الإشراف على تقديم الخدمات فيه أخصائى إجتماعى مؤهل يكون مسؤولاً أمام المدير التنفيذى للمستشفى ».

ووفقاً لهذا الشرط فإن إنشاء قسم للخدمة الإجتماعية بكل مستشفى يعتبر أمراً ملزماً لجميع المستشفيات، غير أن الطريقة التى ينفذ بها هذا الشرط تختلف بطبيعة الحال بحسب حجم المستشفى ومهمته، فالوضع مثلاً فى المستشفيات الجامعية والتخصصية الكبيرة يختلف عنه فى المستشفيات الصغيرة الحجم.

ففى الحالة الأولى فإن قسم الخدمة الإجتماعية عادة ما يضم عدداً كبيراً نسبياً من الأخصائيين الإجتماعيين يرأسهم مدير أو رئيس للقسم، يعاونه عدد من مساعدى المدير والمشرفين والأخصائيين الإجتماعيين، أما فى الحالة الثانية فإن المستشفى الصغير قد يتعاقد مع أحد الأخصائيين الإجتماعيين لبعض الوقت أو يتعاقد مع إحدى المؤسسات الإجتماعية الموجودة فى المنطقة أو أحد المستشفيات الكبيرة القريبة لتقديم الخدمات الإجتماعية المطلوبة بحسب العقد. وفى كثير من المستشفيات فإننا نجد أن قسم الخدمة الإجتماعية يضم أخصائياً إجتماعياً واحداً، ولكن هذا بالطبع يضع عبئاً كبيراً عليه، ويتطلب منه مهارة فى توزيع إهتمامه ووقته بين الأعباء الإدارية

والكلينيكية والاستشارية والبحثة والتعليمية، وذلك وفقاً للأولويات التي يراها تبعاً لظروف المستشفى وإحتياجات إدارته، ففي حالة وجود ضغط على الأسره فى المستشفى فإن الأخصائى فى تلك الحالة قد يعطى إهتماماً أكبر للتخطيط لعملية خروج المرضى من المستشفى بعد إنتهاء العلاج وذلك على حساب الأنشطة الجماعية والترويحية للمرضى المنومين وهكذا.

وإذن فإن من المتعارف عليه الآن أنه فى معظم المستشفيات سواء كانت عامة أو تخصصية أن يكون تقديم الخدمات الإجتماعية من الناحية التنظيمية والإدارية على مستوى « القسم » أو الإدارة Department « وهذا يعنى التساوى فى البناء الإدارى مع بقية الأقسام الطبية كأقسام الجراحة والباطنة والطب الطبيعي وهكذا » .

وهذا البناء التنظيمى يعطى الخدمة الإجتماعية مايلى :

- ١ - هوية مهنية مستقلة.
- ٢ - قوة فى اتخاذ القرارات المتصلة بسياسة المستشفى.
- ٣ - سلطة التحكم فى موارد الخدمة الإجتماعية (وكيفية التصرف فيها لتحقيق أهداف المستشفى).

والواقع أن هناك إتفاقاً فى رأى على ضرورة تعيين رئيس لقسم الخدمة الإجتماعية مسئول مباشرة أمام مدير المستشفى، وله صلاحيات رؤساء الأقسام الأخرى ويتولى الإشراف على زملائه الإخصائيين الإجتماعيين بالقسم.

وقد أيدت وثيقة هامة صدرت فى عام ١٩٨٢ عن الإتحاد الأمريكى للمستشفيات موضوعها « أساسيات برامج الخدمة الإجتماعية فى المستشفيات » ضرورة إعطاء رئيس قسم الخدمة الإجتماعية الصلاحيات اللازمة للقيام بأعباء وظيفته، مع تحمله المسؤولية عن تخطيط وتنظيم برنامج

الخدمة الإجتماعية فى المستشفى، وأن يقوم بمتابعة تنفيذ هذا البرنامج بما يتوافق مع السياسة العامة لإدارة المستشفى وبالتعاون مع رؤساء الأقسام الطبية به، وإلى أنه ينبغى أن يكون برنامج الخدمة الإجتماعية جزءاً لا يتجزأ من المهام العامة للمستشفى مع توضيح وتحديد العلاقات بينه وبين الأقسام الأخرى فى خريطته التنظيمية.

ويلاحظ أن الأمر قد يتطلب فى المستشفيات ذات الحجم الكبير تخصيص واحد أو أكثر من الأخصائيين الإجتماعيين للعمل فى كل قسم من أقسام المستشفى مثل قسم الأمراض الباطنة أو الجراحة أو الأطفال أو العيادة النفسية، وفى تلك الحالة فإن هؤلاء جميعاً ينبغى أن يكونوا خاضعين من الناحية المهنية لإشراف قسم الخدمة الإجتماعية أيا كانت الأقسام أو الوحدات التى يتبعونها، وترجع أهمية هذا النوع من التنظيم الداخلى للعمل إلى أنه يضمن المحافظة على مستوى الأداء المهنى فى المستشفى ككل، أما فى المستشفيات الجامعية فإن رئيس قسم الخدمة الإجتماعية أو الأخصائى الإجتماعى قد يجد نفسه مسؤولاً أمام إدارة المستشفى من جهة وأمام إدارة كلية الطب من جهة أخرى، وهنا فإن من المهم توضيح حدود المسؤولية تجاه كل منهما بأن تكون المسؤولية أمام إدارة المستشفى هى عن تقديم الخدمات المباشرة للمرضى وأمام إدارة الكلية عن الأنشطة التعليمية.

ومع ذلك فإن قضية مركزية أنشطة الخدمة الإجتماعية أو لا مركزيتها لازالت تحتل أكثر من رأى.

فهناك من يرون أن يكون التنظيم مركزياً بمعنى وجود جميع الأخصائيين الإجتماعيين فى المستشفى تحت سقف واحد حيث يقوم القسم بالإدارة والتوجيه لأداء الأعمال المطلوبة فى أقسام المستشفى الأخرى بحسب الحاجة، وحجة أصحاب هذا الرأى أن هذا النوع من التنظيم يضمن توحيد

مستوى الخدمة فى المستشفى ككل كما ذكرنا من قبل، أما من يرون أن يكون التنظيم لامركزياً بمعنى وجود وحدة إدارية صغيرة فقط فى القسم مع إتحاق الأخصائيين الاجتماعيين بالأقسام والأدوار بشكل مستمر فإن حجتهم فى ذلك أنه يقرب الأخصائيين الاجتماعيين من مواقع إكتشاف الحالات بشكل مباشر، كما أنه يزيد من تراكم الخبرة لدى الأخصائيين فى التعامل مع أنواع معينة من الحالات، وعموماً، فإن القرار المتصل بتبنى لإتجاه المركزية أو اللامركزية ينبغى ألا يتخذ على أساس فلسفى نظرى وإنما على أساس واقع المستشفى وظروفه ومدى توافر أماكن كافية لإجراء المقابلات أو للعلاج فيه.

أما بالنسبة للمؤهلات مدير أو رئيس قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى فإنه ينبغى أن يكون حاصلاً على درجة الماجستير فى الخدمة الاجتماعية، مع خبرة إدارية، ويفضل أن تكون له خبرة سابقة فى العمل فى المجال الطبى. وفى الواقع أن توافر مثل هذه المؤهلات والخبرات تساعده على التعامل مع المهام المعقدة والمسؤوليات الإدارية ذات الحساسية التى عادة ما يواجهها من يمارسون الخدمة الاجتماعية فى المجالات المضيفة، ويساعد المدير عدد من الأخصائيين الاجتماعيين الحاصلين على درجة الماجستير فى الخدمة الاجتماعية أيضاً ممن يستطيعون بفضل تأهيلهم الجيد أن يتحملوا مسؤولية العمل والممارسة المهنية وفقاً لأخلاقيات المهنة، وأن يمتلكوا المعارف العلمية والمهارات المناسبة للعمل فى هذا المجال. أما الأخصائيون الاجتماعيون الحاصلون على درجة البكالوريوس فى الخدمة الاجتماعية فإنهم يستطيعون ممارسة العمل فى أقسام الخدمة الاجتماعية تحت إشراف مستمر من جانب زملائهم الحاصلين على درجات علمية أعلى.

أما عن عدد الأخصائيين الاجتماعيين اللّازمين لأداء العمل بشكل كاف في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمستشفيات فإنه يتوقف بطبيعة الحال على عدة عوامل منها :

١ - حجم المستشفى وعدد الأسرة به وعدد مرضى العيادات الخارجية.

٢ - طبيعة الحالات المرضية ودرجة حدة أو إزمان المرض.

٣ - درجة تدخل العوامل النفسية والاجتماعية كمسببات للمرض أو كمعوقات لنجاح العلاج<sup>(٣)</sup>.

وعلى سبيل المثال أن عدد الأخصائيين الاجتماعيين اللّازمين لـ ٥٠ مريض في مستشفى للأمراض الصدرية يختلف عنه لنفس العدد من المرضى في مستشفى للأمراض الباطنة وهكذا.

هذا وفي حالة تقييم العمل حسب عدد الأخصائيين الموجودين بالقسم، بأن يعهد لكل أخصائي إجتماعي بعدد من الحالات التي يقوم باستقبالها وبحثها وتوجيهها وتتبعها، ليكن من المعلوم أنه يجب تحديد عدد هذه الحالات التي يتولاها الأخصائي الإجتماعي في وقت واحد وإلا ضاعت جهوده وأصبحت عديمة الجدوى ولا يظهر لعمله أثراً في هذه الحالة، وقد يخيل للبعض أنه لا عمل للأخصائي الإجتماعي بالمستشفى، وقد حددت بعض المستشفيات العامة في أمريكا عدد الحالات التي يمكن أن يتولاها الأخصائي الإجتماعي بالمستشفى دورياً بخمسين حالة وحددها أخرى بثلاثين حالة، وهذا التحديد يرجع إلى نوع الخدمة الاجتماعية الطبية

بالمستشفى وما تتطلبه هذه الخدمة من فترة العلاج، ونوع المشاكل الناتجة عن المرض<sup>(٤)</sup>.

وأخيراً، يجب أن يكون موقع قسم الخدمة الإجتماعية فى مكان مناسب حيث يمكن الإتصال به بسهولة سواء من المرض أو الأطباء وغيرهم . كما يجب أن يكون المكان الذى يشغله القسم كافياً ومتسعاً لنضمن حسن سير العمل به، على أن يخصص غرفة منفردة يتم فيها المقابلات مع المرضى أو الإجتماعات الدورية وما إلى ذلك.

كذلك يجب توفير الأثاث اللازم والأدوات التى تيسر للأخصائيين القيام بأعمالهم على أكمل وجه ممكن.

#### وظائف وبرامج أقسام الخدمة الإجتماعية فى المنظمات الطبية :

تقوم أقسام الخدمة الإجتماعية فى محيط التنظيمات الطبية بتقديم العديد من الخدمات، ويتم تنظيم هذه الأقسام على أساس يعكس أهداف هذه التنظيمات من جهة وأهداف الخدمة الإجتماعية من جهة أخرى.

وقد بذلك جهود متعددة لتصنيف الوظائف التى تقوم بأدائها أقسام الخدمة الإجتماعية بما يساعد القائمين على تلك الأقسام بالإختيار من بينها أو التركيز على بعضها عند تصميم البرامج، بما يتلاءم وطبيعة المستشفى وحجم وعدد الأخصائيين الإجتماعيين العاملين فى القسم، وكذلك بما يساعد إدارة المستشفى على تحديد أنواع البرامج التى يمكن للقسم من خلالها أن يحقق أهداف المستشفى على أفضل وجه ممكن، وسنعرض فيما يلى لبعض هذه الجهود بشئ من التفصيل.

أولاً : وظائف قسم الخدمة الإجتماعية فى المستشفى :

#### ١ - التخطيط لمرحلة ما قبل دخول المستشفى

##### : "PRE Admission Planning"

ويتضمن تقديم المشورة والمساعدة المهنية للمريض وأسرته لمواجهة المشكلات المرتبطة بشكل مباشر بترتيبات وظروف دخول المستشفى للتنويم.

##### ٢ - البحث عن الحالات المحتاجة للمساعدة "Case Finding" :

القيام بالإكتشاف المبكر للحالات التى تحتاج إلى المساعدة وذلك دون إنتظار لأن تتقدم تلك الحالات بنفسها لطلب المساعدة أو أن تحول من جانب الأطباء وغيرهم من العاملين فى المستشفى بعد حدوث الصعوبات أو المشكلات بالفعل.

##### ٣ - التقييم النفسى الإجتماعى Psychosocial Evaluations :

جمع البيانات المتصلة بموقف المريض من النواحي الإجتماعية والنفسية والثقافية والبيئية والمالية، وإستخدام تلك البيانات فى تقدير الموقف النفسى / الإجتماعى بصفة عامة ثم فى وضع خطة للعلاج.

##### ٤ - التخطيط لعملية خروج المريض من المستشفى

##### Discharge Planning :

تقديم المشورة اللازمة فيما يتصل مباشرة بترتيبات خروج المريض من المستشفى وما تتطلبه حالته من رعاية فى فترة النقاهة لضمان عدم إنتكاس الحالة ثم لضمان تدعيم نتائج العلاج الذى تم فى المستشفى على أفضل وجه.

## ٥ - تقديم المعلومات والتحويل Information & Referral :

تقديم المعلومات للمريض وأسرته حول أنواع الخدمات المتاحة في المؤسسات والهيئات الأخرى الموجودة في المجتمع والتي يمكن لهم الاستفادة منها.

## ٦ - تيسير الاستفادة من خدمات مؤسسات المجتمع :

### Facilitating Community Agency Referral

القيام بمتابعة ما يتم من إجراءات للحصول على هذه الخدمات، حتى ولو تطلب الأمر قيام الأخصائي بمصحابة المريض إلى تلك الهيئات أو المؤسسات لمقابلة المسؤولين فيها لاستكمال الإجراءات، وقد يتضمن ذلك تمثيل المريض وتبني قضيته أمام تلك الهيئات.

## ٧ - تيسير الاستفادة من الخدمات التي تقدمها المستشفى للمريض :

### Facilitating Use of Hospital Services

القيام بتبني المواقف التي في مصلحة المريض وأسرته Advocacy role أمام جميع الأقسام في داخل المستشفى وأمام جميع العاملين فيه حتى يشعر المريض في كل الظروف أن هناك من يقف بجانبه، وأن هذه هي سياسة المستشفى وإدارته مما يقلل من مشاعر الإغتراب والإحباط بين المرضى.

## ٨ - تقديم المشورة المهنية حول حالة المريض للعاملين بالمستشفى :

### Case Consultation to Hospital Staff

عقد اجتماعات رسمية (كلما تطلب الأمر ذلك) مع الطبيب المعالج أو المسؤولين عن التمريض بهدف تقديم المعرفة الفنية المتخصصة حول

المشكلات النفساجتماعية للمريض أو حوال الإجراءات والخدمات التي تتطلبها حالته الصحية.

#### ٩ - تقديم المشورة المهنية حول حالة المريض للمؤسسات الموجودة في البيئة :

##### Case Consultation to Community Agencies

عقد إجتماعات رسمية مع المختصين في الرعاية الصحية في المؤسسات الأخرى الموجودة في البيئة (مؤسسة للتأهيل الطبي أو التأهيل المهني مثلاً) لتقديم المعرفة الفنية المتخصصة حول مشكلات المريض الذي تقوم تلك المؤسسات برعايته.

#### ١٠ - تقديم المشورة المهنية حول برنامج المستشفى بصفة عامة لإدارة المستشفى:

##### Program Consultation to Hospital Staff

تقويم أحوال المرضى في المستشفى بصفة عامة، وجمع البيانات حول مشكلات رعاية المرضى، وعرض تلك البيانات على الأقسام المختصة مع التوصية بالتغييرات المناسبة في سياسة المستشفى أو في الإجراءات المتبعة فيه وذلك في الاتجاهات التي تتمشى مع حسن تقديم الخدمات والتي تحفظ حقوق المرضى وأسره.

#### ١١ - تقديم المشورة المهنية حول البرامج التي تقدمها المؤسسات الأخرى الموجودة في المجتمع :

##### Program Consultation to Community Agencies

عقد إجتماعات مع المسؤولين في المؤسسات الأخرى التي تقدم خدماتها

فى المجتمع المحلى بهدف تقديم المعارف الفنية المتخصصة حول برامج تلك المؤسسات وكيف يمكن زيادة فاعليتها فى ضوء الخبرة المتجمعة لدى الأخصائيين نتيجة عملهم مع المرضى وأسرهـم.

#### ١٢ - المعاونة فى الأنشطة التخطيطية للمستشفى :

##### **Hospital Planning Activities**

المشاركة فى أعمال اللجان التى تقوم بالتخطيط قصير المدى أو طويل المدى بالمستشفى والتى تقوم بوضع البرامج الضرورية لرعاية المرضى وأسرهـم.

#### ١٣ - أنشطة التخطيط الصحى للمجتمع :

##### **Community Health Planning Services**

العمل مع المجتمع ومؤسساته لبلورة البرامج الضرورية للرعاية الصحية للمواطنين، واكتشاف الموارد المحلية التى يمكن إستخدامها لمقابلة حاجات المرضى وأسرهـم.

#### ١٤ - أنشطة خدمة المجتمع :

##### **Community Service Activities**

المسئولية عن تمثيل المستشفى أمام المجتمع المحلى فى المسائل المتصلة بالرعاية الإجتماعية، والإسهام فى الأنشطة التى تنظمها جماعات المجتمع المحلى بهذا الصدد.

## ١٥ - خدمات رعاية العاملين بالمستشفى :

### Staff Consulting and Referral

تقديم المشورة للعاملين فى المستشفى ممن يواجهون ظروفاً صعبة تؤثر على أدائهم لأعمالهم وتوجيههم إلى الهيئات والمؤسسات المحلية الأخرى للحصول على خدمات أكثر تخصصاً.

## ١٦ - البحوث Research :

الدراسة المرتبطة للعوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بحاجات المرضى ورعايتهم بصفة عامة، وكذا التقويم الدورى المستمر للخدمات الاجتماعية التى يقدمها قسم الخدمة الاجتماعية سواء ضمن البرامج التى ينظمها المستشفى لتقويم البرامج المقدمة للمرضى أو تلك التى ينظمها القسم نفسه لهذا الغرض<sup>(٥)</sup>.

## ١٧ - التثقيف الصحى Health Education :

يقع على عاتق قسم الخدمة الاجتماعية الطبية دوره فى التوعية والتثقيف للمريض وأسرته والبيئة فى الحالات التى تستدعى ذلك، ويدخل فى عداد ذلك الإسهام فى حملات الدعاية الصحية وإثارة إهتمام الرأى العام فيما يتصل بالنواحي الاجتماعية للمرض، مستعيناً فى ذلك بوسائل الإعلام المختلفة.

## ١٨ - شغل وقت الفراغ :

القيام بشغل وقت فراغ المرضى وتيسير سبل الترويح لهم وخاصة فى الحالات التى يطول علاجها.

## ١٩ - مسئوليات أخرى إدارية ذات صبغة إجتماعية:

ومن الوظائف والمسؤوليات الأخرى الملقاة على عاتق قسم الخدمة الإجتماعية الطبية القيام بمهام وأعمال أخرى إدارية ومتنوعة ذات صبغة إجتماعية ومنها مايلي (٦) :

- الحالات المفاجئة التى تستدعى الإتصال بالأسرة أو العمل.
- توجيه بعض المرضى أثناء وجودهم بالعيادة الخارجية نحو الأقسام المختلفة اللازمة لفحصهم وعلاجهم.
- توجيه المرضى الذين لايتيسر قبولهم بالمستشفى إلى المؤسسات والهيئات التى تعتنى بهم بدلاً من مجرد رفضهم.
- الإشراف الإدارى على العيادات الخارجية حينما يطلب منه ذلك.

## ثانياً : برامج قسم الخدمة الإجتماعية فى المستشفى :

### (١) عند دخول المستشفى :

١ - التقييم المبذول للعوامل والظروف التى تؤثر على متطلبات العلاج الطبى، وذلك كجزء من عملية التقييم الأولى لحاجات المريض، وينبغى أن تتم عملية التقييم إما قبل إدخال المريض المستشفى أو بعد دخوله مباشرة.

٢ - يقوم رئيس قسم الخدمة الإجتماعية فى المستشفى بالحصول بانتظام على قائمة بأسماء المرضى الذين يتم قبولهم للتتويج بالمستشفى، ويضع جدولاً زمنياً مناسباً لإجراء إتصال ودى مع كل منهم لتعريفه بالوسط الجديد الذى انتقل إليه ولتوضيح ماهو مسموح به وماهو غير مسموح به للمرضى المنومين، كما يعمل على تقييم الموقف بالنسبة للحاجات الإجتماعية للمريض.

## (٢) أثناء العلاج والرعاية فى المستشفى :

١ - تتم دراسة العوامل النفسية والإجتماعية المرتبطة بالمرض الذى يعانى منه المريض، وتلك العوامل التى تؤثر على إستجابته للعلاج، وأيضاً العوامل المرتبطة بحسن إستفادته من الرعاية التى يقدمها له المستشفى عموماً، ثم إتخاذ الإجراءات اللازمة فى كل حالة، بما فى ذلك إمكانية إستخدام خدمة الفرد للمساعدة على حل المشكلات فى هذه المجالات الثلاثة.

٢ - يتم الإتصال يومياً بالمسئول عن خدمات التمريض لتفقد أحوال المريض العامة ولإلتفاق معه على الإجراءات الملائمة لتحقيق مصلحة المريض.

٣ - الزيارات المنتظمة من الأخصائيين الإجتماعيين للمرضى بفرض تزويدهم بأى معلومات يكون فى مصلحتهم الحصول عليها، والإجابة عن أسئلتهم، وإططاء الإقتراحات والتوصيات التى يرون إدعاءها لهم.

٤ - إذا تطلبت حالة المريض - وإذا رغب الطبيب المسئول عن الحالة - يقوم مدير الخدمة الإجتماعية بالمستشفى بمقابلة أسرة المريض للحصول على معلومات تفيد فى التشخيص ، أو لتزويدها بمعلومات غير ذات طبيعة مهنية، أو لتبديد مخاوفها، أو للحصول على تعاونها فيما من شأنه راحة المريض ومصلحته.

## (٣) علاقات المرضى واجتمع اأألى:

١ - يقوم قسم الخدمة الإجتماعية بالمستشفى بإجراء دراسات مسحية رسمية أو غير رسمية لإلتجاهات المرضى نحو المستشفى عموماً بشكل منظم.

٢ - كما يقوم على فترات دورية بالتعرف على ملاحظات المرضى المتصلة بأنواع بعينها من الخدمات كالتغذية وخدمات التمريض والخدمات المعاونة وخدمات النظافة وغيرها.

٣ - يتم تحليل البيانات المسجلة حول خدمات كل قسم من أقسام المستشفى لبيان الاتجاه العام نحو التحسن فى خدمات ذلك القسم أو نحو تدهورها، وللانتباه لأى ظواهر ذات أهمية خاصة لخطورتها أو تكرارها وهكذا.

#### (٤) إعداد المرضى للخروج من المستشفى :

١ - إعطاء التعليمات اللازمة للمريض وأسرته حول إجراءات الخروج من المستشفى فى جوانبها غير الطبية.

٢ - يتم بالتعاون مع هيئة التمريض تقديم المعلومات والتعليمات للمريض حول الإحتياجات الواجبة عند نقل المريض أو حول خدمات التمريض المنزلى المتاحة فى المنطقة أو حول الخدمات الإجتماعية الأخرى الموجودة فى المجتمع المحلى الذى يعيش فيه المريض بعد مغادرة المستشفى.

٣ - تقديم المساعدة للأُسرة فى حالة الحاجة إلى إلحاق المريض بدور الرعاية الإجتماعية للمسنين أو مؤسسات رعاية المرضى العقليين أو علاج الإدمان أو غيرها من دور الرعاية، مع الإسهام بتعبئة مايلزم من إستمارة أو تقديم الطلبات، أو الحصول على المعلومات التى تساعد فى إلحاقهم بتلك الدور.

## (٥) خدمات المستشفى والعاملين فيه :

١ - العمل بالتعاون مع إدارة المستشفى على إشاعة جو مناسب لرعاية المرضى ، والتعامل مع المواقف التي يحدث فيها الإحباط والصراع بين مختلف فئات العاملين.

٢ - إكتشاف المواقف التي تؤدي إلى وقوع الأذى على المرضى سواء من النواحي البدنية أو النفسية، وتصميم البرامج اللازمة للوقاية من حدوث تلك المواقف، والتعامل مع المواقف التي تحدث فعلاً بالطريقة الملائمة.

٣ - تقديم الخدمات اللازمة للعاملين في المستشفى ممن يواجهون مشكلات تؤثر على عملهم أو تؤدي إلى نقص كفاءتهم أو إنخفاض روحهم المعنوية أو تلبدهم. خصوصاً عندما يصاب بعض أفراد أسرهم بالمرض، أو عند وجود وجود أشخاص مسنين في الأسرة ممن يعتمدون عليهم، أو عند وجود أبناء مصابين بالإدمان، أو عند إصابتهم هم أنفسهم بالإدمان، أو عندما يواجهون أعباء مالية كبيرة، وهنا قد يؤدي القسم الخدمة أو يقوم بتحويلهم إلى الجهات والهيئات المناسبة.

## (٦) برنامج المتطوعين :

١ - دعوة المتطوعين للمساعدة في تقديم الخدمات المعاونة في المستشفى من خلال برامج العلاقات العامة المناسبة وخصوصاً بالإتصال بالمساجد والجامعات والجمعيات الخيرية، وذلك من بين الأشخاص الذين لا تقل أعمارهم عن ١٦ سنة.

٢ - مقابلة المتقدمين للتطوع، وتعبئة بطاقة بيانات عن كل متطوع تتضمن

إهتماماته وقدراته وإمكاناته ونوع الخدمة التى يرغب القيام بها والتوقيتات التى تلائمها.

٣ - التشاور مع رؤساء الأقسام المعنية بالمستشفى لتحديد الخدمات التى يسمح للمتطوعين بالقيام بها بما يتمشى مع الصالح العام وخصوصاً فى الأقسام الآتية : الإستقبال - المكتبة - الصيانة - الإدارة - التغذية - النظافة.

٤ - القيام - بالتعاون مع رؤساء الأقسام المعنية - بتدريب المتطوعين على الأعمال والمهام التى سيقومون بها.

٥ - توزيع المتطوعين على الأقسام التى سيتعاونون معها بناء على طلبات تخصص المتطوعين التى يتقدم بها رؤساء الأقسام.

٦ - يقوم رؤساء الأقسام المعنية بتنظيم جداول ساعات عمل المتطوعين ويحتفظ المكتب بنسخ منها.

٧ - مسئولية الإشراف المباشر على المتطوعين تقع على عاتق رؤساء الأقسام التى يعملون بها، ويتولى قسم الخدمة الإجتماعية المتابعة العامة لكيفية الإستفادة من المتطوعين<sup>(٧)</sup>.

## مراجع الفصل الرابع

- ١ - إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ب. ت، ص ص ١٤٩ ، ١٥٠.
- ٢ - عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص ص ١١٥ ، ١١٦.
- ٣ - إبراهيم عبد الرحمن رجب، ورقة عمل عن « تنظيم أقسام الخدمة الإجتماعية فى المستشفيات » ، مرجع سابق، ص ص ١٢ - ١٤.
- ٤ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ٣٨.
- ٥ - إبراهيم عبد الرحمن رجب، مرجع سابق ، ص ص ٢- ٥.
- ٦ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، ط ٢، القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٥، ص ص ٤٨ ، ٤٩.
- ٧ - إبراهيم عبد الرحمن رجب، مرجع سابق، ص ص ٦ - ٨.



## الفصل الخامس

### الصحة والمرض



## الصحة والمرض

### تمهيد:

لازم المرض الإنسان منذ بدء الخليقة وحتى الآن، واختلقت أساليب الرعاية المقدمة للمريض فمحنها عزل المريض بعيداً عن الآخرين حتى يلقي مصيره المحتوم بالشفاء أو الموت إلى أن حثت الأديان السماوية على ضرورة رعاية المرض وتقديم العون والرعاية لهم، وظهور التداوى بالأعشاب وبظهور الأبحاث والدراسات العلمية واكتشاف مسببات الأمراض وطرق مواجهتها زاد الاهتمام بالمرضى وتم الإهتمام بأوجه الرعاية الصحية في كافة المجتمعات الإنسانية وإن اختلفت درجة الإهتمام بالتقدم العلمى والإقتصادى فى بعض بلدان العالم.

وقد ظهرت بعض الآراء التى تقوم بتصنيف أسباب الأمراض والعوامل المسببة لها بغير معرفة هذه العوامل ومصادرها من جانب، والوقوف على كيفية مقاومتها والقضاء عليها من جانب آخر.

ولذا حاول هذا الفصل تقديم عرض موجز لمفهوم الصحة والمرض، مع إلقاء الضوء على نوعية العوامل التى تسبب المرض وتقرر مستويات الصحة، وأخيراً تقديم عرض موجز للآثار الاقتصادية والإجتماعية المترتبة على المرض، تجاه الفرد والأسرة.

### مفهوم الصحة:

الصحة مفهوم نسبي بالنسبة للإنسان، ولقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة وقدم بركنز Perkins تعريفاً للصحة على أنها «حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التى يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه.

كما أن هناك تعريف سلبى يعتبر أن الصحة هي «غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والملل» وبالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض أو لم تبدو عليهم علامات الإعتلال عند الفحص أصحاباء، ولكن هذا التعريف غير دقيق إذا قارناه بتعريف منظمة الصحة العالمية على أنه «حالة السلامة والتحسين الجسمى والإجتماعى والعقلى الكامل وليست مجرد غياب المرض أو العجز».

وتُعرف الصحة أيضاً من ناحية شدتها يمكن النظر إليها على أنها تدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية، والطرف الآخر هو إنعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة، وعلى ذلك تكون درجات الصحة كما يوضحها المتصل التالى<sup>(١)</sup>.

ونستخلص من التعاريف السابقة حول مفهوم الصحة الشروط الآتية:

١- إنعدام المرض العضوى أو العجز.

٢- القدرة على التكيف مع البيئة وهذه تعكس صحة نفسية سليمة.

٣- القدرة على التفاعل الإجتماعى بأن يكون الإنسان فرداً منتجاً ومنتفعاً للمجتمع الذى يحيى فيه.

ويقرر إعلان منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٨ أن الصحة حق أساسى من حقوق الإنسان وإن بلوغ أرقى مستوى الصحة يعتبر من أهم الأهداف الإجتماعية. وأن تحقيق هذا الهدف يتطلب نظرة جديدة لمفهوم الصحة تختم بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الإجتماعية والإقتصادية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الصحى.

وقد رفعت منظمة الصحة العالمية مؤخراً شعار «الجميع للصحة للجميع» ويعنى هذا الشعار تعاون القطاعات المختلفة إقتصادية كانت أو إجتماعية مع

القطاع الصحي للمجتمع، كما أنه يتطلب مشاركة الأفراد بإعتبار أن الصحة جزء متمم للتنمية الشاملة، ويجب أن توجه الطاقة المتولدة من تحسين الصحة إلى دعم التنمية والعمل على إستمرارها<sup>(٢)</sup>.

ويمثل المتصل السابق المستويات الآتية:

١- الصحة المثالية: وفيها التكامل المثالية البدنية والنفسية والاجتماعية ونادراً ما يتوفر هذا المستوى.

٢- الصحة الإيجابية: وفيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل والتوترات الجسمية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أى أعراض أوعلامات مرضية.

٣- سلامة متوسطة: وفيها تتوفر طاقة إيجابية من الصحة وعند التعرض لأى مؤثر يسقط الفرد فى المجتمع فريسة للمرض.

٤- المرض غير الظاهر: وفى هذه الحالة لايشكو المريض من أعراض ولكن يمكن إكتشاف الحالة المرضية بعلامات أو إختبارات خاصة.

٥- المرض الظاهر: وفى هذا المستوى يشكو المريض من أعراض يحس بها، أو علامات مرضية ظاهرة له.

٦- مستوى الإحتضار: وفى هذا المستوى يظهر سوء الحالة المرضية إلى حد بعيد حيث يصعب على المريض أن يستعيد صحته.

**مفهوم المرض:**

المرض يعنى قصور عضواً أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته على خير قيام، كما يحدث المرض أيضاً إذا إختل أو إنعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم فى أداء وظائفها.

ويعرف قاموس ويبستر المرض «باعتباره حالة من التوكل بسبب المرض،

والمعنى الحرفى لكلمة مرض هو الإحتياج للراحة، هناك تباين حول هذا المفهوم يختلف باختلاف الثقافة ودرجة التعليم فهناك من يرى أن المرض يعنى «غياب الصحة» أو فقدان الأحاسيس الجسمية والعقلية.

ويصدر مجتمعنا المصرى أحكاماً أخلاقية عن معنى المرض فيراه البعض أنه نوع من الإبتلاء، أو يراه آخرون أنه نقمة من الله للعصاة<sup>(٣)</sup>.

وبناء على ماسبق فالمرض هو: الإدراك الواعى بعدم الراحة ويؤثر فى فردية الكائن الحى وشخصيته، أما السقم هو حالة نفسية أو عضوية للإعتلال الوظيفى تؤثر على فردية وشخصية الفرد، أما الإعتلال هو حالة من الإختلال الوظيفى الذى يتأثر بها الجانب الإجتماعى وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين<sup>(٤)</sup>.

### العوامل التى تسبب المرض:

كان لإكتشاف الميكروبات أكبر الأثر فى التوصل إلى الأسباب المتعلقة بالبيئة والإنسان وحامل المرض، حتى ظن العلماء أنهم قادرون على القضاء عليها وتحقيق الوقاية من المرض، ومثال ذلك ميكروب السل هو المسبب النوعى لمرض السل ولكنه ليس السبب الوحيد لهذا المرض لأن عدد بسيط من الذين يهاجمهم ميكروب السل يصابون بهذا المرض ومن الأسباب الأخرى التى تؤدى إلى مرض السل، البيئة المحيطة بالإنسان وعاداته وتقاليده، وتكوينه وحالته الغذائية.

### نظرية الأسباب المتعددة للمرض:

المرض والصحة ليسا فى حالة إستاتيكية ثابتة ولكن وراء كل حالة من الصحة والمرض ظاهرة التغيير المستمر وهناك معركة من جانب الإنسان للحفاظ على مستوى إيجابى ضد القوى الحيوية والطبيعية والعقلية والإجتماعية التى تحاول قلب ميزان الصحة وإذا تغلبت العوامل السلبية

ظهرت الحالة المرضية وإذا تغلبت العوامل الإيجابية إستمرت حالة الصحة والسلامة.

وعلى هذا فالعوامل التى تقرر مستويات الصحة وتسبب المرض هى:

أولاً: عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض.

ثانياً: عوامل تتعلق بالإنسان.

ثالثاً: عوامل تتعلق بالبيئة.

أولاً: العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للأمراض:

يعرف السبب النوعى بأنه العنصر أو المادة سواء كان حياً أو غير حى،  
والذى فى وجوده أو غيابه قد تبدأ أو تستمر عملية مرضية.

(١) المسببات الحيوية:

أ- مسببات بنائية:

البكتريا: مثل ميكروب السل والتيفود.

الريكتسيا: التى تسبب حمى التيفود.

الفيروسات: التى تسبب الحصبة وشلل الأطفال.

الفطريات: التى تسبب القراع.

ب- مسببات حيوانية:

البروتوزا: مثل المalarيا والأميبا.

الديدان: البلهارسيا والإسكارس

والمسببات الحيوية عدة خصائص تزيد أو تقلل من ضراوتها:

أ- خصائص تتعلق بالسبب نفسه: مثل درجة حيويته ومقاومته للعوامل البيئية.

ب- خصائص تتعلق بالعائل المضيف: مثل كيفية تكوين العائل لأجسام مضادة ضد السبب.

ج- خصائص متعلقة بالبيئة: وهى تحدد طرق إنتقال المسبب باللمس أو الحشرات أو الطعام أو الدهون.. الخ.

(٢) مسببات غذائية:

الدهون: زيادتها تؤدي للسمنة.

الكربوهيدرات: زيادتها تؤدي للسمنة.

البروتين والكربوهيدرات: نقصها يؤدي إلى مرض الهزال عند الأطفال.

الفيتامينات: نقص فيتامين (د) يؤدي إلى الكساح.

نقص فيتامين (أ) يؤدي إلى العشى الليلي وجفاف الملتحمة والقرنية والجلد.

نقص فيتامين (ب١) يسبب إلتهاب الأعصاب ومرض البرى برى.

فيتامين (ب٢) يسبب تشقق زوايا الفم.

نقص فيتامين (ب١٢) يسبب الأنيميا الخبيثة.

المعادن: نقص الحديد يسبب الأنيميا.

نقص الماء يسبب الجفاف كما فى حالات النزلات المعوية والكوليرا.

(٣) مسببات طبيعية:

مثل: عوامل الحرارة - الرطوبة - الضوضاء - الكهرباء والإشعاعات.

(٤) مسببات ميكانيكية:

مثل الحرائق والحوادث فى الشوارع والمصانع.

## (٥) مسببات كيميائية:

تكون خارجية مثل التسمم بالرصاص فى مصانع البطاريات أو داخلية مثل التسمم فى حالات مرضى الكلى .

### ثانيا: العوامل المتعلقة بالإنسان والعائل المضيف:

(١) السن: بعض الأمراض تنحصر أو يزداد حدوثها بين الأطفال والنزلات المعوية والحصبة وبعض الأمراض يصاب بها المسنين وتصلب الشرايين.

(٢) النوع: بعض الأمراض مقصورة على الإناث مثل: سرطان الثدي وأمراض الجهاز التناسلى وبعض الأمراض مقصورة على الذكور مثل مرض البروستاتا.

(٣) الجنس: بعض الأجناس البشرية تختص ببعض الأمراض مثل بعض أنواع التخلف العقلى والأنيميا فينتشر فى الجنس اليهودى.

(٤) عوامل وراثية: الصفات الوراثية تنتقل عن طريق الجينات مثل مرض الهيوفيليا الذى يصاب به الذكور عن طريق الإناث الحاملة للمرض.

(٥) عوامل عقلية: وهى العوامل التى تؤثر على تطور ونمو شخصية الطفل وهى إما عوامل موروثية أو عوامل تنتج من عدم الأمان فى المنزل أو المدرسة.

### (٦) العادات:

أ- عادات تتعلق بإعداد الطعام وتجهيزه، مثل شرب اللبن بدون غلى.

ب- العادات التى تتعلق بالصحة الشخصية.

ج- العادات التى تتعلق بإنتشار مسببات الأمراض المعدية مثل إختلاط الأطفال المرضى بالحصبة بالأطفال الأصحاء.

د- السلوك الجنسى.

هـ- الإجهاد والسهر.

(٧) المناعة: وهى إما:

أ- مناعة طبيعية غير نوعية: وهى ليست محددة لمرض ومن أمثلتها: الجلد والغشاء المخاطى السليم وحموضة الإفرازات المعدية، والمواد الموجودة بالدم الخاصة بمقاومة مسببات المرضية.

ب- المناعة النوعية: وهى ضد أمراض معينة وهى إما:

١- طبيعية: وهى موجودة فى الجسم بطبيعة تكوينه

٢- مكتسبة طبيعياً: وهى إما مناعة سلبية كما هو الحال عندما يكتسب المولود مناعة ضد الحصبة والدفتريا، وشلل الأطفال عن طريق المشيمة وتستمر هذه المناعة لمدة ستة شهور ثم تختفى عن الأجسام المضادة التى إكتسبها الطفل، أو مناعة إيجابية عن طريق إصابة الإنسان بالمرض وفى هذه الحالة يكون الجسم إكتسب الأجسام المضادة بنفسه وتعطيه المناعة اللازمة وذلك فترة طويلة قد تصل إلى مدى الحياة كما فى حالة مرض الحصبة.

٣- مكتسبة صناعياً: وهى إما سلبية وهذه الحالة يعطى الإنسان المعرض للعدوى المصل المضاد هو عبارة عن أجسام مضادة جهزت من الحيوانات وهى تعطى مناعة فى الحال ولكن لفترة محدودة من (١ إلى ١٥ يوم) مثل المصل المضاد للتيتانوس فى حالة الجروح والمصل المضاد للدفتريا الذى يعطى لمخالطى مرض الدفتريا، أو مناعة إيجابية وفى هذه الحالة يتم إعطاء الإنسان الفاكسينات وهى عبارة عن ميكروبات ميتة مثل الكوليرا أو حية مروضة مثل الجدري أو سموم مضاعفة بإضافة الفورمالين مثل الدفتريا وهذه الفاكسينات تجعل الجسم يكون أجسام مضادة للميكروبات وتستمر لمدة طويلة حسب نوع المرض.

### ثالثاً. العوامل البيئية:

تُعرف البيئة بأنها كل العوامل الخارجية مجتمعة والتي تؤثر في حياة ونمو الكائن الحي.

يمكن اعتبار المسببات النوعية أجزاء متخصصة من البيئة والبيئة أحياناً تجند المسببات وأحياناً الإنسان العائل.

### أقسام البيئة:

#### (١) البيئة الطبيعية:

##### أ- الحالة الجغرافية:

الموقع: أمراض المناطق الإستوائية تختلف عن أمراض المناطق المعتدلة.  
الإرتفاع عن سطح البحر: قلة الأكسجين في المناطق المرتفعة تؤدي إلى أمراض الجهاز التنفسي وقلة وزن المواليد.

##### ب- الحالة الجيولوجية:

وهي تحدد نوع التربة والمياه المتاحة للزراعة.

##### ج- المناخ:

ويشمل درجة الحرارة والرطوبة والرياح وهذه تؤدي إلى موسمية الأمراض وتساعد على توالد الذباب وغيره من الحشرات.  
سوء التخطيط في القرية وسوء حالة البيئة يؤدي إلى إنتشار الأمراض وتوالد الذباب.

#### (٢) البيئة البيولوجية:

وتشمل المملكة الحيوانية والنباتية وتؤثر كمصدر للطعام وكعوامل وسيطة في نقل الأمراض.

### (٣) البيئة الاقتصادية والاجتماعية:

أ- كثافة السكان وتوزيعهم فى الحضر والريف إزدحام المساكن وهذا يؤدي إلى التفاوت فى التعرض للأمراض.

ب- المستوى التعليمى: كلما ارتفع المستوى التعليمى لارتفع الوعى والسلوك الصحى والتعاون مع المنظمات الصحية.

ج- المستوى الإقتصادى: ويشمل توزيع الثروة ونظم العمالة ونمو الصناعة ومدى توفر الإستعدادات الطبية والصحية ومدى الإقبال على استعمالها.

#### التاريخ الطبيعى للمرض:

لكل مرض تاريخ طبيعى لا بد وأن يمر به حتى يظهر هذا المرض ويشمل التاريخ المراحل الآتية:

#### ١- فترة ما قبل المرض:

ولا بد أن يتواجد الآتى:

أ- المسبب النوعى للمرض.

ب- البيئة المناسبة للمرض.

ج- صفات العائل المضيف المناسبة.

#### ٢- فترة المرض:

نتيجة لتفاعل العوامل السابقة وتشمل:

أ- فترة الحضانة وهى تسبق ظهور أعراض المرض.

ب- أعراض المرض.

ج- إنهاء المرض بالشفاء أو العجز أو الموت.

## مستويات الوقاية فى الصحة:

يمكن تحقيق الصحة للفرد أو المجتمع باستعمال الإجراءات الوقائية  
وهى:

### أ- إجراء وقائى من الدرجة الأولى:

والهدف منه منع الحالة المرضية وتشمل:

#### ١- إجراءات الوقاية العامة من أجل ترقية الصحة وتقويتها:

وهى الإجراءات الوقائية غير المباشرة دون توجيه الإهتمام لمرض معين بل لكل الأمراض دون تحديد وهى أعمال إنشائية تقوى الصحة بصفة عامة ويشمل:

- خدمات صحة البيئة: توفير المسكن الصحى والمياه الصالحة والتصريف الصحى للفضلات ومكافحة الحشرات ... إلخ.
  - خدمات رعاية الأمومة والطفولة: وتشمل رعاية الحامل وتوليدها ورعايتها أثناء النفاس ورعاية الطفل الرضيع أثناء سن الحضانه وخدمات الصحة.
  - خدمات التغذية الصحية: وهذه تزيد مناعة الجسم ومقاومته للأمراض.
  - خدمات التربية الصحية لرفع مستوى الوعى الصحى.
  - رفع المستوى الإقتصادى للأسرة.
  - الفحص الدورى الشامل.
- #### ٢- إجراءات الوقاية الخاصة:

وهى إجراءات الوقاية الخاصة من مرض محدد وقبل أن يحدث وذلك بالحيولة بين المسبب النوعى والإنسان العائل، فقد توجه هذه الإجراءات النوعية نحو المسببات النوعية مثل غلى اللبن أو تصريف الفضلات وقد توجه

هذه الإجراءات نحو الإنسان العائل مثل التطعيم أو توجيه الإجراءات النوعية نحو البيئة مثل ردم البرك للقضاء على يرقات البعوض الناقل للملاريا.

#### ب- إجراء وقائي من الدرجة الثانية:

ويشمل الإكتشاف المبكر والعلاج الفوري للحالات المرضية فى هذه الحالة فى دور مبكر وغير معروفة للمصابين بها، وفى هذه الحالة غالباً يكون العلاج شافياً مما يساعد على الوقاية من المضاعفات فى المريض أو إنتشار المرض للآخرين إذا كان معدياً فمجرد إكتشاف الحالات تعالج فوراً ومن أمثلة إجراءات الوقاية من الدرجة الثانية.

١- متابعة المخالطين للمرضى بالأمراض المعدية.

٢- فحص الدم لاختبار واكتشاف مرض الزهري بين الحوامل.

٣- عمل أشعة أكس لعمال المصانع لاكتشاف الأمراض التى تصيب الرئة.

٤- الكشف الدورى على حالات الأورام البسيطة المحتمل تحويلها إلى أورام خبيثة.

#### ج- إجراءات وقائية من الدرجة الثالثة: وتشمل:

١- علاج المرضى لاستعادة صحتهم:

ويهدف العلاج إلى الحد من المضاعفات أو العجز المرضى لاستكمال الشفاء وبهذا المفهوم هذه الإجراءات العلاجية لإجراءات وقائية للمريض من المضاعفات ومن العجز وكذلك وقاية المجتمع من إنتشار المرض للآخرين إذا كان مرضاً معدياً.

#### ٢- التأهيل:

وتشمل هذه الإجراءات التى تتخذ من علاج الحالة المرضية وثبوت الحالة التشريحية والوظيفية مثل فقد قوة الإبصار، نتيجة إصابة العين بمرض

صديدي وتهدف هذه الإجراءات إلى الوقاية من المضاعفات الاجتماعية من تشرد وتسول وذلك برعاية العاجز صحياً ونفسياً واجتماعياً ومهنياً حتى يمكنه أن يعتمد على نفسه في تصريف شئونه وكذلك إكتساب رزقه على إستغلال الباقي من طاقته وإستعداداته أفضل إستغلال.

وبالنظر إلى التاريخ الطبيعى للمرض نجد أنه من الممكن تطبيق إجراءات الوقاية فى أكثر من نقطة، وتتفاوت المجتمعات فى مدى إستخدام هذه المستويات بتفاوتها فى المستوى الاجتماعى والإقتصادى فنجد برامج الصحة العامة فى المجتمعات المتقدمة تعتمد أساساً على إجراءات ترقية الصحة والوقاية النوعية وإلى حد ما على الإكتشاف المبكر والعلاج الفورى بينما نجد برامج الصحة العامة فى المجتمعات النامية تعتمد أساساً على الإجراءات العلاجية أكثر من إعتمادها على الوقاية العامة أو النوعية (٥).

#### الآثار الاجتماعية والإقتصادية للمرض:

نتيجة للمرض وخاصة إذا طالت فترة العلاج أو إذا كان المرض أدى إلى حدوث بعض المعاهات التى تؤثر بشكل مباشر على دخل الإنسان وبالتالي عدم قيام المريض بأدواره الاجتماعية على الوجه الأكمل، وبالتالي تظهر الآثار الناجمة عن المرض، ويمكن إن نعرضها على الوجه التالى:

#### أولاً: الآثار الإقتصادية:

١- تزداد النفقات الإقتصادية والمادية على المريض سواء بسبب إجراء العملية أو نفقات العلاج وما يرتبط به الأمر الذى يؤثر بدوره على دخل أسرة المريض.

٢- إنقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة إليه نظراً لإرتفاع ميزانية الأسرة بسبب المرض وشراء الأدوية والأغذية الخاصة كما يشعر المريض بالضيق والقلق لكونه عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة.

٣- قد يؤدي إنخفاض دخل المريض إلى إستدانة الأسرة وقد تضطر إلى بيع بعض ممتلكاتها إن وجدت أو خروج الأبناء للعمل.

٤- قد تضطر الزوجة للخروج إلى العمل بسبب مرض العائل مما يثير قلق وضيق المريض وهذا يؤثر على تماثل المريض للشفاء.

#### ثانياً: الآثار الإجتماعية:

١- قد يهتز موقف المريض بأسرته، وتتأثر علاقته بأصدقائه فينتاب المريض الحزن والألم فى حالات الشلل وفقد الصبر.

٢- ضعف مكانة المريض بسبب طول فترة المرض والبقاء فى المستشفى الأمر الذى يؤدي إلى خلل فى دورة فى البيئة الطبيعية وفى المنزل.

٣- قد يخشى أحد الزوجين فى حالة وجوده بالمستشفى للعلاج على الطرف الآخر وهو موجود بمفرده وخاصة إذا كان هو الموجود بالمستشفى فإن الغيرة قد تستبد به ويفضل الإحتفاظ بمرضه عن الغيبة عن منزله.

٤- قد تنهار الروابط الأسرية نتيجة للمرض فقد يطلب أحد الزوجين الطلاق إذا وجد أنه لا يستطيع الإستمرار فى الحياة الزوجية بسبب المرض المعدى أو المزمّن خوفاً من إنتقاله إليه أو إذا أدى المرض إلى إحداث عاهة يصعب معها الإستمرار فى الحياة الزوجية.

٥- إذا كان مرض أحد الزوجين ميموس من شفاؤه أو ينتج عنه عجز جنسى وخاصة إذا كان الزوجين فى بداية حياتهم فإنه يصعب بل يستحيل الإستمرار فى الحياة الزوجية.

#### ثالثاً: مشكلات العلاقات الخارجية:

١- قد تتأثر العلاقات الخارجية الإجتماعية إذا كان المريض يعاني من مرض خطير معدى مثل الدرن أو الأمراض السرية، وقد ينقطع بعض أصدقائه وأقاربه صلتهم به مما يزيد شعور المريض بالنبذ.

٢- يرفض بعض المرضى إستمرار العلاقات بينه وبين أصدقائه لنظرتهم إليه بالعجز والشفقة.

٣- يرفض بعض المرضى حياة المستشفى، حيث يشعر بالعزلة وفي نفس الوقت لا يستطيع ممارسة أنشطته الإجتماعية وعلاقاته المختلفة.

٤- تأثير علاقة المريض في بيئته الطبيعية ويشعر المريض بالعجز مما يؤثر على التماثل للشفاء من جانب، وفرض العزلة على نفسه من جانب آخر.

· قد يأخذ المريض سلوكاً عدوانياً تجاه المحيطين به نتيجة ما يظهرونه له من شفقة مما يثير لديه الشعور بالنقص والقلّة.

ثالثاً: آثار ترتبط بالمريض :

في كثير من الأحيان ينتاب المريض مجموعة من مشاعر الذنب التي تربط بالخوف من عدوى الآخرين، وقد يقاوم المريض العلاج بمجموعة من الأسباب التي يمكن عرضها فيما يلي:

١- الخوف الصريح من الموت.

٢- قد يكون لدى المريض شك في قيمة العلاج الطبي، وفي هذه الحالة لا بد من قياس مقدار ثقته في مهنة الطب أو المستشفى أو الطبيب الذي قام بفحصه، كما يتجاهل بعض الناس الأعراض المرضية ولا يتقدمون لعلاجها.

٣- كما يقاوم بعض المرضى دخول المستشفى لإرتباطها ببعض التجارب المؤلمة في حياتهم كارتباطهما بموت عزيز أو تجربة فاشلة، كما ترتبط المستشفيات في أذهان المرضى بأفكار مزعجة كالأشباح والأرواح والموت.

٤- وقد تكون هناك مخاوف لاشعورية بسبب تجارب مريرة كتبت في الصغر لتخويف الصغار بالأطباء والجراحة والبتير، وما إلى ذلك، وقد يحتاج المريض تحويله إلى طبيب نفسى لمعرفة حقيقة هذه المشاعر.

٥- قد يتردد المريض فى قبول العلاج لعدم ثقته فى نفسه وعدم حود تخوين  
يساندونه فى إتخاذ القرار

٧- قد يقاوم المريض أجراء الجراحة لخوفه أن يقع تحت سيطرة الآخرين  
ويسمعون أسراوه أثناء عملية التخدير

٩- الخوف من الموت أثناء عملية التخدير مما قد يشاع من موته المرضى  
لزيادة جرعة البنج.

١٠- التخوف الزائد من إجراء العملية الجراحية لما قد تسبب من أضرار أو  
عجز دائم أو نسيى يجعله يشقى فى الحياة.

١١- قد يقاوم إجراء العملية فى المستشفيات العامة لما يقال عنها من إهمال  
وعدم إهتمام بالمرضى ونقص الإمكانيات.

١٢- وكثيراً مايهاب المريض سوء معاملة هيئة التمريض، بجانب رداءة  
التغذية.

١٣- خوف المريض من بقاؤه فترة طويلة للعلاج الأمر الذى يؤدى إلى  
تعطله عن عمله والخوف على أسرته.

١٤- قد يتوقع المريض آلاماً مبرحة يشعر المريض أنها عقاب إلهى عما ارتكبه  
فى حياته من آثام<sup>(٦)</sup>.

#### رابعاً: أثر المؤسسة الطبية على المريض:

عند دخول المريض المستشفى للعلاج تصبح مشاكله ذات طبيعة خاصة،  
فمبجرد إنتقاله من بيئته الأسرية، يصطدم بضرورة التكيف لإزاء التغير  
المفاجئ، لنمط الحياة، على حساب خضوعه لإلتزامات صارمة تفرض على  
ذاته وعاداته.

ويواجه المريض فى المستشفى عدة فحوص وإختبارات لم يتعود عليها  
وبالتالى ينتابه الضيق والقلق من هذا الوضع.

وفي حالات تردد المريض على المستشفيات الحكومية أو المجانية يزيد عبء المريض ويضعف من نفسيته وذلك مما يعاينه من الوقوف في طابور طويل مما يشعره بالمهانة من جانب ويفقد ثقته في العلاج من جانب آخر، وأحياناً يفضل في التعبير عن آلامه في العيادة الخارجية.

كما يرى المريض الإمتثال للأوامر والتعليمات الصادرة له في المستشفى وكذلك منع الزيارات أنها قيد على حريته وبالتالي المطالبة بمغادرة المستشفى<sup>(٧)</sup>.

#### خامساً: أثر المرض على الأسرة:

عندما يتعرض أحد أعضاء الأسرة للمرض، تنعكس حالته على كل عضو في جماعة الأسرة، فيضطرب نظام الحياة اليومية في المنزل، وتحمل الأعضاء الأصحاء مسؤوليات إضافية، بينما يسبب المرض القصير مشكلات قليلة نسبياً، ألا أن المرض المزمن يؤدي إلى أضرار بالغة. وفي حالة الأمراض المعدية والتي تعالج فيها المريض في منزلة ينبغي أن يتخذ الأعضاء والأصحاء، احتياطات وقائية، حتى لا تنتقل العدوى إليهم مما يزيد من الأعباء والقلق لدى باقي أفراد الأسرة الأصحاء.

بجانب زيادة الأعباء الإقتصادية التي تتحمل الأسرة نتيجة إنفاقها على أجور الأطباء، وثمان الدواء والطعام الخاص الذي يتطلبه بعض الأمراض، وكرم الضيافة ومصاريف الانتقال.

وعموماً يحدد الإهتمام الذي تبديه الأسرة نحو المريض، مدى تقبله لحالته وتقبل النتائج النهائية للمرض.

#### سادساً: أثر المرض على الأطفال:

في حالة الأطفال قد لا يمي الطفل خطورة مرضه، وكذلك عدم وعيه بمضاعفاته المحتملة، إلا أنه قد يخطئ في تفسير توجيهات وإرشادات الأسرة

التي تنهيه عن ممارسة بعض جوانب حياته الطبيعية والتي تتطلبها خطة العلاج.

ولما كان الطفل أكثر إرتباطاً وإعتماداً على والديه، فهو لا يستطيع أن يتحمل إنفصاله عنهما، فإذا كان الإنفصال عن الأسرة - للعلاج في المؤسسة الطبية - ضرورياً لشفاء الطفل، فقد يصبح عدوانياً أو عصيباً متقلباً، أو يلجأ إلى الإنسحاب والاستسلام، تغمره أحاسيس متباينة من القلق والخوف والغضب ومثل هذه المشاعر السلبية تقلل من فرص الإستفادة من خطة العلاج.

أما في حالة مرض الطفل الذي يعاني في أسرته من القسوة والإهمال وإنعدام الحب والحنان، فإن الجهود التي توجه نحو إشباع كافة حاجاته في المؤسسة الطبية - قد تؤدي إلى إستمرار المرض لأنه ليس من المعقول أن نتوقع منه الرغبة في الشفاء، الذي يتضمن العودة إلى موقف غير محبب إليه.

وتعتبر القيود التي تعترض على نشاط الطفل الصغير، ذات آثار نفسية وإجتماعية، سيئة، خاصة وجود أطفال آخرين في الأسرة يتمتعون من حوله بالحركة والنشاط.

وفي الأسرة التي يتوافر فيها الإئتران النفسى بين الأبوين ويتكيف أفرادها للمواقف المرضية الطارئة التي قد تحدث لأحد الأبناء الصغار لن نجد لإممشكلات طفيفة، في حين أن الأسر الذي يميل فيها الآباء إلى التذليل الزائد لأطفالهم المرضى وإشباع كافة إحتياجاتهم بشكل مفرط يجعل الطفل يستغل حالته المرضية في إشباع رغباته مما يعوق أفراد الأسرة الآخرين من إشباع حاجياتهم فيشعرون بالغضب بالإضافة إلى مقتهم وكرههم للأخ المريض وعدائهم له، لأنهم لا يستطيعون تبرير هذا السلوك من الآباء تجاه

الطفل المريض وخاصة إذا كانوا فى سن صغيرة، وبالتالي قد تؤثر هذه المعاملة على شفاء المريض وعلى نفسيته.

### سابعاً: أثر المرض على الأم:

يجلب المرض الذى يصيب ربة البيت كثيراً من المشكلات، فعلى الرغم من المحاولات التى يبذلها الأب للقيام ببعض مسئولياتهم وواجبها فإن ما يصيبه من قلق حول حالتها، ينتهى به إلى التوتر والعجز عن تدبير أمور الأسرة، وينتاب الأم الضيق والحزن لعجزها عن تدبير أمور بيتها وحياة أولادها تسير فى فوضى شاملة.

وفى حالة المرض الطويل، وإستمرار عجز الأم عن القيام بواجباتها قد تنقطع البنت الكبرى عن دراستها أو يكثر غيابها لرعاية الصغار، وتشعر بالغضب والمهانة لتحملها المسئولية وبمرور الوقت قد تلجأ إلى ترك الدراسة لحاجة الأسرة التى توجد بها لرعاية أمور المنزل، أو تضطر إلى التوفيق بين إحتياجات الأسرة والتزاماتها فى المدرسة، ولكن سرعان ماتشعر بالفشل فى المدرسة ويصيبها الإحباط واليأس.

ومثل هذه الأمور جميعها تزيد من سوء حالة الأم النفسية وتزيد من إحساسها بالعجز والذنب، مما يؤدى فى النهاية إلى عدم إستفادتها بالقدر الملائم من جهود العلاج الطبى<sup>(٨)</sup>.

### خاتمة:

يتضح من هذا الفصل أن مسببات الأمراض متعددة فمنها المسببات الحيوية والغذائية، والطبيعية، والميكانيكية، والكيميائية، بجانب العوامل المتعلقة بالإنسان المريض كالنوع والجنس والعوامل الوراثية التى قد تلعب دوراً فى ظهور بعض الأمراض، كذلك دور العادات والسلوكيات التى قد ترتبط بالمرض.

كما ناقش هذا الفصل مستويات الوقاية من هذه الأمراض بالبعد عن مسبباتها من جانب، والقيام بالفحص الدورى الأكلينيكي من جانب آخر. وكذلك مناقشة الآثار الاجتماعية والإقتصادية المرتبطة بالمرض كإنقطاع الدخل أو إنخفاضه وما يترتب على ذلك من إضطراب فى دور الأسرة على إشباع إحتياجاتهم أو الآثار المترتبة على مرض الزوجة وعجز الأسرة عن القيام بأدوارها المختلفة.

## مراجع الفصل الخامس

- ١- فوزى جاد الله «الصحة العامة والرعاية الصحية، ط ١ دار المعارف بمصر، القاهرة، ١٩٦٨، ص ٦٣.
- ٢- أميرة صادق الطنطاوى، فائق عبد اللطيف «مبادئ الصحة العامة»، بدون نشر، الإسكندرية، ١٩٩٣، ص ٩.
- ٣- على المكاوى «السياق الاجتماعى للمعتقد الشعبى» الكتاب السنوى لعلم الاجتماع، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٢، ص ٢٥٥.
- ٤- إقبال بشير، وآخرون «الرعاية الطبية والصحية والمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية» المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية ١٩٨٤، ص ٥٣ - ٥٦.
- ٥- أنظر:
- إقبال بشير، إقبال مخلوف، «الرعاية الطبية والصحية» ودور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص ص ٥٦ - ٦٠.
- فوزى جاد الله «الصحة العامة والرعاية الصحية ط (٢)، دار المعارف بمصر، القاهرة ١٩٦٩، ص ص ٥ - ١٤.
- ٦- أنظر:
- فاطمة الحارونى «خدمة الفرد فى محيط الخدمة الاجتماعية» مطبعة الصاوى، القاهرة ١٩٦٩، ص ص ٦١٦ - ٦٢٢.
- ٧- محمود حسن محمد «مقدمة الرعاية الاجتماعية» ط ١، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة ١٩٦٩، ص ص ٦٥٨ - ٦٦٠.
- (٨) أنظر فى هذا الشأن:

- محمود حسن محمد، مرجع سابق، ص ٦٥٠ - ٦٥٨
- إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة، بدون سنة نشر، ص ص ١٤٠ - ١٤٣.

## الفصل السادس

### الثقافة وعلاقتها بالمرض



## الثقافة وعلاقتها بالمرض

### تقديم:

تعتبر الثقافة مجموعة التاريخ الفكرى الوجدانى الذى لا تكون الأمة أمة إلا به والذى يميز به شخصيتها عن غيرها من الأمم ويكتسب الإنسان الثقافة من خلال عملية التعلم، أى أنها محصلة العمل والابتكار وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحياة وبكل جوانب التاريخ الاجتماعى.

ولاشك أن الثقافة كمحدد لنمط سلوك المريض، وكيفية التصرف حياله وعلاجه وحتى أسلوب الشكوى منه، وهنا يتضح الدور الذى تلعبه التنشئة الاجتماعية فى إكتساب الثقافة، ويظهر اثار ذلك فى سلوك المريض، وطريقة تعامله مع المرض، وكيفية تصرف أسرته تجاهه.

وبناء على ماسبق أهتم هذا الفصل بعرض موجز لمفهوم الثقافة والتركيز على دور القيم باعتبارها من موجهاات السلوك وعلاقتها بالصحة، ثم مناقشة دور العادات والتقاليد المنتشرة فى مجتمعنا المصرى وفى البيئات المختلفة الريفية والحضرية - البدوية.. الخ، كما تناول هذا الفصل المعتقدات المرتبطة بالطب الشعبى والمشكلات الصحية المنتشرة فى المجتمع المصرى، أو بمعنى خاص تبيان علاقة كل من البيئة والمهنة على نوعية الأمراض التى تنتشر بين الأفراد وذلك بهدف إعطاء رؤية واضحة للطلاب على العلاقة الوطيدة بين البيئة ونوعية الأمراض، وكذلك أمراض المهنة.

### مفهوم الثقافة:

الثقافة هى التعبير عن العالم الفكرى للأمة التى تكون عبر التاريخ ويعكس إسهامات مختلف فئات الشعب من عمال وفلاحين ومثقفين، ورجال سياسة. وللإرتفاع بهذا الجانب يجب الإهتمام بالتعليم، وتطوير العلوم والفنون والآداب ودعم وسائل الإعلام وتطويرها<sup>(١)</sup>

كما أن الوعي الثقافى ليس نتاجاً لنشاط تعليمى أو تطوعى فحسب وإنما هو مرتبط دينامياً بالحياة وبكل جوانب التاريخ الاجتماعى ويعبر عن محاولة منظمة ومخططة لإعادة تشكيل الوعي الاجتماعى والسياسى للمواطن وسلوكه بشكل أساسى وحاسم، على نحو يخلق أناس ذو مستويات معنوية عالية واحتياجات فكرية، يتفاعلون بقدرة، ويتعلمون القواهر الثقافية المختلفة، ويدلون برأيهم ويشاركون بمعرفة فى تنظيم وتوجيه النشاط فى هذا المجال.

وتعرف الثقافة على أنها «مجموع التاريخ الفكرى والوجدانى الذى لا تكون الأمة أمة إلا به، والذى تتميز به شخصيتها عن غيرها من الأمم، كما يقصد بالثقافة أيضاً مفهوم يعطى مجمل العادات والتقاليد الإنسانية المتراكمة أو المكتسبة ومجمل التصرفات التى يتعلمها الإنسان الاجتماعى، وهى كل مايفرزه المجتمع من أفكار وأخلاق وقيم ومعتقدات، والثقافة أيضاً هى أنماط السلوك الإنسانى لدى مجتمع من المجتمعات، كما أنها تشتمل على العقائد والأخلاقيات واللغة والموسيقى، والفن والتقنيات التى يتم بنها إلى الأجيال المقبلة باعتبارها إراثاً اجتماعياً.

فالثقافة هى عبارة عن مركب من أساليب الشعور والفكر والسلوك الذى يميز مجموعة من الناس يتوارثونه جيلاً بعد جيل، وترتبط تلك العناصر ببعضها بعلاقات تفاعل وتأثير متبادل، ويؤدى كل عنصر منها وظيفته الخاصة فى إطار الثقافة الكلية للمجتمع، وذلك فأن حدوث تغيرات حاسمة فى أحد العناصر الثقافية يؤدى فى العادة إلى التأثيرات على بقية عناصر تلك الثقافة أى أنه يؤدى بمعنى متخصص - إلى حدوث نتائج بنائية، أى نتائج تمس البناء العام للثقافة فى مجموعها، ولكننا نلاحظ مع ذلك أن الثقافة تتميز ككل بقدر من الإستمرارية والتكامل عبر أجيال جديدة»<sup>(٢٢)</sup>.

وتتميز الثقافة بمجموعة من الخصائص يمكن تلخيصها فيمايلي :

١- ليست عناصر الثقافة موروثة أو فطرية، وإنما يكتسبها الإنسان كعضو في المجتمع خلال عملية التعليم، أى أنها تنمية العمل والاختراع والإبتكار الإجتماعى فهى تتأصل وتنمو خلال التفاعل الإنسانى، وبالتالي فهى مستقلة ومتمايزة عن الإنسان.

٢- نميل الثقافة إلى البقاء والاستمرار فما دامت هى التراث الإجتماعى الذى يرثه أعضاء المجتمع من الأجيال السابقة.

٣- قدرة الثقافة على الإنتشار - أو الإنتقال من مجتمع لآخر أو من وسط ثقافى إلى وسط ثقافى آخر.

٤- للثقافة عموميتها وخصوصيتها، وتتمثل عموميتها فى وحدة المشاعر والأفكار والتقاليد والعادات... الخ، التى يشترك فيها أفراد المجتمع كالعناصر والمعتقدات الدينية واللغة غير أن هذه العمومية لاتمنع أن تكون هناك خصوصية فى الثقافة فمثلاً قد نجد أن ثقافة عامة لمجتمع معين فى حين أن هناك ثقافة يتفرد بها الرجال دون النساء إلى غير ذلك ... إلخ (٣).

وفى ضوء ماتقدم فإن الثقافة تحتوى على مجموعة من العناصر التى تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان من خلال الموجهات السلوكية التى تتضمنها. فهى تتخلل معظم صور السلوك الإنسانى فى العادات الإجتماعية وعادات النظافة والتربية والمعتقدات والمعارف والأمثال والحكم والمفاهيم والتصورات الشعبية والقيم والطقوس الدينية، علاوة على آداب الحديث والمعاشرة والتنمية والسلوك اللائق وغيرها من العناصر التى تحض على الحفاظ على الصحة ومعالجة المرض.

ولاشك فى أهمية الثقافة كمحدد لنمط سلوك المريض، وكيفية

التصرف حياله وعلاجه وحتى أسلوب الشكوى منه، وهنا يتضح دور التنشئة الثقافية حينما تظهر فى سلوك المرض فى المجتمع بإختلاف قطاعاته وبداخل المؤسسة الصحية، ويظهر ذلك من خلال الثقافات الريفية والبدوية والحضرية.

فمثلاً سلوك المريض فى الثقافة الريفية يتمثل فى بطء الإستجابة والإنتظار حتى تظهر علامات الخطورة وحتمية اللجوء للخدمة الصحية ومن ناحية أخرى للثقافة الريفية تأثيرها على أبنائها فى كيفية الشكوى من المرض، فالإنسان الريفى كتوم متعاسك عند الألم حريص على التحمل والتضرع الدائم إلى الله بالشفاء.

وبينما المريض فى الثقافة الحضرية يتخذ شكلاً آخر، حيث يسود الإهتمام بالصحة، والإسراع للذهاب للطبيب والمؤسسات الطبية والعلاج عند حدوث المرض<sup>(٤)</sup>.

#### - القيم وعلاقتها بالصحة:

والقيمة تعنى «الصفات التى يفضلها أو يرغب فيها الناس فى ثقافة معينة وتتخذ صفة العمومية بالنسبة للمجتمع والأفراد، كما تصبح من موجهات السلوك أو تعتبر أهدافاً له»<sup>(٥)</sup>.

وبذلك تصبح القيم نتاجاً إجتماعياً يندمج مع الشخصية أثناء عمليات التنشئة الإجتماعية من خلال الخبرات الجماعية والفردية، وهنا نؤكد أن القيم المنتشرة فى أى مجتمع ليست كلها، بالقيم الإيجابية أو السلبية ولكن هناك ما يمكن أن نسميه بالقيم الإيجابية الدافعة إلى الخير والتى تؤدى إلى التقدم والتطور بينما القيم السلبية هى القيم التى تدعو إلى الشر بل تعوق حركة التقدم.

ومن خلال هذا العرض الموجز عن مفهوم القيم فإن المتأمل للمقيم فى بعض المجتمعات يجدها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة العامة، ومثال ذلك قيمة

النظافة وما يرتبط بها من السلامة من الأمراض (مثل ذلك الأمراض الجلديه كالجرب الناتج عن العدوى وعدم النظافة).

كذلك بعض السلوكيات المرتبطة بنظافة الأطفال فهناك بعض الريفيين يتركون أبنائهم بدون نظافة خوفاً عليهم من الحسد.

كما تتضح قيمة الزواج المبكر فى الريف وما يرتبط به من أسباب منتشرة فى المجتمع الريفى كستره البنت وفهم زوجها وسرعة الإنجاب، فهذا بالطبع يؤدى إلى مشاكل صحية للأم وكذلك للأطفال.

وتظهر أيضاً قيمة العزوة والعصبية وهذا يؤدى إلى زيادة حجم الأسرة الريفية وما يرتبط بصحة الأم وسلامة أبنائها.

- العادات والتقاليد وعلاقتها بالمرض:

ويتضح دور العادات والتقاليد - السلبية - فى الصحة والمرض وما لهما من دور خطير فى الأمراض والأمثلة على ذلك كثيرة ومتعددة نذكر منها على سبيل المثال وليس الحصر:

١- عادات الإستحمام فى الترع والمصارف وخاصة فى الريف وما يرتبط بذلك من الإصابة بالأمراض الطفيلية كالبلهارسيا، وكذلك العادات السيئة كالتبول والتبرز فى مياه الترع مما يؤدى إلى إتمام دورة حياة البلهارسيا.

٢- عادات النظافة العامة ويتضح ذلك فى إهمال الريفيين النظافة العامة ومن أمثلة ذلك تعرض الأطعمة للذباب وإنتشار البعوض، وأكل الخضروات دون تنظيفها أو غسلها جيداً، الأمر الذى يؤدى إلى إنتشار الأمراض المعوية وإنتشار أمراض العيون.

٣- الإعتماد على القابلات (الداية) فى حالات الولادة وعدم الإعتماد على الأطباء إلا فى الحالات المتعسرة، الأمر الذى يؤدى إلى مشاكل صحية

- لدى الأم، وكذلك وجود بعض العاهات لدى الأطفال الصغار.
- ٤- عادات التحية والسلام، والصوت المرتفع أثناء الحديث الأمر الذى يؤدي إلى إنتشار بعض الأمراض المرتبطة بالجهاز التنفسى.
- ٥- عادات عدم غسل أكواب الشاي أو القهوة فى الجلسة الواحدة وشرب أكثر من فرد فى كوب واحد مما يؤدي إلى إنتشار الأمراض المعدية.
- ٦- عادات زيارة المريض فى المستشفى بأعداد كبيرة وبأنواع كثيرة من المأكولات التى قد تكون ضارة على صحته من جانب، وعدم التأكد من نظافتها من جانب آخر مما يؤدي إلى تدهور صحة وسلامة المريض.

#### - المعتقدات المرتبطة بالطب الشعبى:

تتخذ المعتقدات والمعارف الشعبية برصيد ضخيم من الممارسات والأفعال التى يلجأ إليها المرضى وذويهم لعلاج أمراض معينة، أو الإسعاف حالات طارئة، أو للبحث فى أمل الشفاء من مرض مزمن طال علاجه بالعلاج الطبى الرسمى.

فالطب الشعبى يعتبر من عناصر المعتقدات ويمتد ليشمل علاج الحيوانات ومن أمثلة ذلك:

#### أولاً: العلاج بالأعشاب:

- ١- الأزيمات والأمراض الصدرية، وذلك بشرب ورق الجوافة فى الماء المغلى وباستخدام الشيح.
- ٢- علاج الأمراض الجلدية مثل الصدفية، وذلك بنبات الماشطة أو الدميسة المغلى يشرب المريض ودهن العضو المصاب.
- ٣- علاج المغص الكلوى وذلك بشرب «الأريبان» المغلى لمدة طويلة كذلك عشب ورق التين البرشومى بعد غليه.

- ٤- علاج التسمم وذلك باستخدام نبات الماشطة أو نبات الشيح.
- ٥- علاج السرطان وذلك عن طريق الأعشاب الطبية التى يأكلها القاعود بعد ذبحه وإستخراجها من معدته.
- ٦- علاج الروماتيزم بتسخين الحنظل ووضعها على العضو المصاب.
- ٧- علاج الإمساك باستخدام عشب «السلامكا».
- ٨- علاج السكر وذلك بنقع نبات الحنظل فى الماء لمدة ساعتين فى الصباح الباكر ويضع قدميه فى الماء أو يبلع ٢ - ٣ حبات من نفس الحنظل على الريق كل يوم لمدة عشر أيام.

#### ثانياً: العلاج بالكى:

- ١- عرق النسا ويعالج بكى العصب الناقل للألم والموصل إلى المخ، ويكوى موضعين فى أعلى الفخذ، وموضعين فى «بز الرجل» ويتم هذا الكى بمسمار يتم وضعه فى النار.
- ٢- علاج الجذوع وهى من فصيلة الروماتيزم ويعالج بالكى للعضو المصاب كاليد والقدم والمفاصل.
- ٣- علاج الطحال ويتخذ الكى ثلاث خطوط متقاطعة على خط واحد أفقى هكذا.
- ٤- الملغ ويعنى تمزق فى موضع قريب من المفاصل ويمكن ردها فى نفس اللحظة وتكوى برأس مسمار ١٠ أو ١٥ سم لتكون فعالة.
- ٥- البثور وهى حبوب تظهر على الجسم كله وتسبب العجز وعدم الحركة وعلاجها بالكى بسن مسمار أو مخطط «مسلة».
- ٦- الربو وهو مرض يعنى ضيق التنفس ويعالج هذا المرض بالكى على القفص الصدرى لأعلى ولأسفل أو الكى على شكل حرف (X) من الأمام والخلف.

٧- علاج الحمى عن طريق الكى بشكل دائرة بحجم القرش فى أعلى منتصف الرأس.

٨- علاج العقلية والعصبية وتعالج بالكى فى منتصف الرأس.

٩- علاج إحممرار العين وتعالج بالكى على النقاط الغائرة خلف الحاجبين.

١٠- علاج العقم عن طريق كى العقيم فى واحد وعشرين موضعاً فى الجسم، ما بين الصدر والظهر<sup>(٦)</sup>.

### ثالثاً: العلاج بالخزم:

والخزم هو عبارة عن إدخال خيط فى الجلد عن طريق إبرة وغالباً ما يترك الخيط فى الجلد عدة أيام.

ويفيد هذا العلاج فى الحالات الآتية:

١- علاج أمراض العيون عن طريق خزم الأذن المواجهة للعين المصابة.

٢- علاج الربو بالخزم أسفل الرقبة.

٣- علاج الاستسقاء بالخزم فى جلد البطن.

### رابعاً: العلاج بالحجامة:

وهو عبارة عن إستخراج كمية من دم المريض فى بعض الأمراض مثل ارتفاع ضغط الدم، علاج أمراض الشلل، علاج الصداع، علاج أمراض العمود.

### خامساً: العلاج بالسحر والأعمال التى يقوم بها الدجالين:

١- الزرار وهو أحد الوسائل للعلاج الشعبى عرف فى مصر منذ زمن بعيد وهو قيام الجماعات بدق الطبول بطريقة معينة وغناء بعض الأغاني مع تهئية مناخ معين قد يؤدى إلى إرتياح المتردد أو هياجه النفسى.

٢- السحر والأعمال: وهو عبارة عن اللجوء لبعض المشايخ أو بعض الناس

المتخصصين بذلك لعمل بعض الأحجية أو الأعمال لإعتقاد بعض الأفراد فيها وأهم هذه النماذج.

(بكاء الأطفال - التوفيق بين الأزواج ... إلخ)

هذا بالإضافة إلى إيمان الريفيين فى طريق زيارة الأضرحة<sup>(٧)</sup>.

### المشكلات الصحية المرتبطة بالعادات والتقاليد فى المجتمع:

مازال المجتمع الريفي والقرية المصرية تعاني من المشكلات العديدة الاجتماعية والإقتصادية والصحية والتروحية ... إلخ على الرغم من توجيه الرعاية لهذا القطاع، ولكن على الرغم من ذلك فأن قصور البرامج والخدمات هى السمة الرئيسية المميزة لهذه الخدمات، ولا يتسع المجال للحديث عن هذه المشكلات المتعددة، ولكن سنقوم بعرض موجز لأهم المشكلات التى ترتبط بالصحة العامة.

### أولاً: المشكلات الصحية فى الريف:

#### ١- مشكلات البيئة:

ترتبط بالتلوث البيئى من آثار المبيدات الحشرية لمقاومة الآفات الزراعية وتأثيرها السئ على الإنسان والحيوان بجانب الأسمدة العضوية وما بها من ميكروبات وجراثيم لها ارتباط وثيق بصحة الفلاح ومن المصادر الأساسية لأسباب الأمراض ... إلخ.

#### ٢- مشاكل حيوية:

تتصل بمعدل المواليد والوفيات وانتشار الأمراض وهى:

أ- لارتفاع معدل الوليد وعلاقته بصحة الأمهات وصحة أطفالهن.

ب- ارتفاع معدل الوفيات فى كل الأعمار وخاصة بين الأطفال الرضع نتيجة للتلوث البيئى وإهمال الرعاية الصحية.

ج- إرتفاع معدل الأمراض المعدية مثل الكوليرا والتيفود والتيتانوس  
والألتها ب السخائي .

د- إرتفاع معدل الأمراض المتوطنة مثل البلهارسيا والإنكلستوما  
والملا ريا والدوسنتاريا والرم د الحبيبي .

### ٣- مشاكل مرتبطة بنمط حياة الفلاح :

أ- أمراض تنتقل من الحيوان للإنسان مثل السل المعوى والتيتانوس  
والقرا ع نتيجة لوجود حظيرة للماشية فى المنزل .

ب- أمراض الحساسية والأمراض الصدرية نتيجة لاستنشاق الأتربة وقش  
الأرز والقمح وروائح الزهور والخضروات .

### ٤- أمراض سوء التغذية وأهمها إنتشاراً :

أ- أنيميا نقص الحديد، ونصيب الأطفال والسيدات الحوامل  
والمرضعات .

ب- نقص البروتين فى الأطفال، نتيجة فطام الطفل على الأغذية  
النشوية التى لا تحتوى على كميات من البروتين الكافى لنمو الجسم .

ج- الكساح نتيجة نقص فيتامين (د) وعدم تعرض الطفل للشمس  
خوفاً عليه من الحس د أو نزلات البرد .

د- البلاجرا نتيجة نقص فيتامين (ب) وذلك كان شائعاً فى الماضى  
لاعتماد الأسرة الريفية على الخبز المصنوع من الذرة فقط .

هـ- الإسهال نتيجة عدم نظافة البيئة وانتشار الحشرات الناقلة كالذباب  
وعدم الإهتمام بنظافة وجبات الطفل، وترك الطفل فى المنزل الريفى أو فى  
الشارع بحيث يضع كل ما يجده فى فمه دون دراية، أو إهتمام من الأسرة .

## ٥- الحوادث فى القرية:

- أ- التسمم بالمبيدات الحشرية المستعملة فى مقاومة الآفات الزراعية.  
ب- الحرائق بسبب إمتلاء أسطح المنازل بالأخشاب ومخلفات العمليات الزراعية.

ج- غرق الصغار فى الترع وقنوات الرى.

د- الإصابة بالأعيرة النارية الطائشة أثناء الأفراح والمناسبات.

ثانياً: العوامل التى تؤدى إلى المشكلات الصحية فى القرية:

### ١- العوامل البيئية:

أ- سوء تخطيط القرية، فالشوارع تخطط عشوائياً، وهى ضيقة ومتعرجة وليس بها إضاءة كافية، كما تكثر فيها الأتربة، وأكوام السماد البلدى مما يساعد على إنتشار الحشرات والقوارض والذباب.

ب- المساكن مزدحمة رديئة التهوية والإضاءة بها غير كافية وفى بعض النجوع والكفور الصغيرة تضاء المنازل بمصابيح الكيروسين، كما تعتمد كثير من المنازل على مياه الآبار عن طريق الطلمبات وتوضع فى أواني فخارية وتخزن بطريقة غير صحية فتتكاثر بعض الطحالب عليها، كما يتم تخزين الوقود فوق أسطح المنازل مما يساعد على إنتشار الحرائق ويكون بيئة خصبة لاختفاء كثير من الحشرات، هذا بجانب إنعدام الصرف الصحى بالقرى الأمر الذى يؤدى إلى إنتشار الأوبئة والأمراض.

ج- المصارف والمستنقعات، حيث يتولد فيها البعوض الذى ينقل الأمراض المعدية كالملاريا.

د- الأسواق ومذابح اللحوم، حيث لا تتوفر فيها الشروط الصحية وبالتالي تشكل أخطاراً على الصحة العامة فى القرية.

## ٢- العوامل الثقافية:

أ- التمسك بالتقاليد القديمة حتى ولو كانت ضارة بالصحة مثل الزواج المبكر للبنات وتفضيل الأبناء الذكور ... إلخ.

ب- القدرة والتواكل وعدم أخذ دوراً إيجابياً فى الوقاية والعلاج من الأمراض.

ج- عدم الثقة والإحجام عن إستخدام الخدمات الصحية الحكومية المتاحة فى القرية.

د- الاعتقاد فى أن مياه الترع هى أصح مياه لنظافة الأوانى والملابس لذا فالمرأة الريفية مازالت تعتمد على مياه الترع فى هذا الشأن.

## ٣- العوامل الإجتماعية:

أ- إنتشار سلطة والد الزوج ووالدة الزوج على الأبن وزوجته، ولذا تنصاع زوجة الأبن لأوامر أم الزوج حتى ولو كانت خاطئة على صحة الأطفال من إستعمال وصفات بلدية والبعد عن برامج تنظيم الأسرة.

ب- الإنقسام والتحزب بين كثير من عائلات القرية حتى فى الموضوعات التى قد لا تحتاج إلى مناقشة مما يؤثر على الإقبال أو الإحجام عن الخدمات الصحية وخاصة خدمات تنظيم الأسرة.

ج- التنافس والصراع بين الداية وحلاق الصحة وبين الأطباء فى الوحدات الصحية، وما يقوم به حلاق الصحة بتشكيل فى قدرة الأطباء الجدد وعدم خبرتهم والحوادث الناتجة عن الإهمال فى الوحدات الصحية رغبة منه فى رواج أعماله وممارسته غير الصحية.

د- إختلاف الرؤيا بين الفلاح وبين الأطباء المهتمين بالصحة فمثلاً يرى الفلاح أن روث الحيوانات ذو أهمية فى تسميد الأرض، ولا يهتم

بوجوده أمام المنازل أو الشوارع العامة، بينما يرى الأطباء أن هذا الأسلوب مناف للصحة العامة والآثار السيئة المترتبة على ذلك.

### العوامل الاقتصادية:

أ- إنخفاض المستوى الإقتصادي وما يترتب على ذلك من إنخفاض دخل الأسرة.

ب- إعتداد الزراعة على الأساليب التقليدية.

ج- الخوف من الإقدام على زراعة بعض المحاصيل التي تزرع فى حقول الإرشاد.

كل هذه العوامل لها تأثير مباشر على المستوى الإقتصادى للأسرة الريفية وما يترتب عليه من سوء التغذية والأمراض المصاحبة له<sup>(٨)</sup>.

### ٥- التعليم:

أ- إنتشار الأمية بالريف للأسباب الآتية:

١- عدم الإيمان بأهمية التعليم.

٢- التسرب فى المرحلة الإلزامية.

٣- إهمال تعليم النيات.

٤- إعتبار الأبناء قوة إقتصادية للعمل فى الحقول وإهمال التعليم.

وتوجد علاقة بين درجة التعليم والوعى الصحى للأسرة الريفية فانتشار الأمية يؤدى إلى إنخفاض الوعى الصحى وعدم الإهتمام بالوقاية من الأمراض أو تأخر العلاج.

### العادات والتقاليد وعلاقتها بالصحة:

تلعب العادات والتقاليد دوراً بارزاً فى برامج الخدمات الصحية سواء بالسعى على طلب هذه الخدمات، أو بالإحجام عنها والعودة إلى العادات

والتقاليد الموروثة فى سلوك الفرد التى تؤثر بشكل مباشر على الصحة العامة، ولذا سنحاول فى هذا الجزء تقديم عرض موجز للعادات والتقاليد فى كل من المجتمع الريفى، والبدوى، والحضرى مع ربط هذه العادات والتقاليد بصحة الفرد.

### أولاً: العادات والتقاليد الريفية وعلاقتها بالمرض:

#### (١) عادات الإستحمام فى الترع:

يؤدى ذلك للإصابة بالأمراض الطفيلية الخطيرة كمرض البلهارسيا، وعلى الرغم من تصدى الوحدات الريفية لعلاجها - هى وغيرها من الأمراض المتوطنة إلا أن المصابين به يحصلون على العلاج فى الصباح ويستحمون فى الترع عند الظهيرة، وعلى الرغم من التقدم العلمى فى هذا الجانب وإستبدال العلاج عن طريق الحقن اليومى بالطاير المقيء بأربعة أقراص يأخذها المريض دفعة واحدة إلا أن المرض مايزال منتشرأ فى ريف مصر وإهمال الفلاح لنفسه وتأخره فى العلاج مما يؤدى إلى عواقب وخيمة.

#### (٢) عادات زواج الأقارب:

وهى ظاهرة إجتماعية منتشرة فى ريف الوجهين القبلى والبحرى معاً، وأن زاد معدلها فى الصعيد، وهى عادات تسهم فى زيادة المرض الوراثى كالعمى والتخلف العقلى والقلب والسكر والصدر والإلتهاب وضعف النسل والتشوهات الخلقية... الخ وتنعكس مشكلات هذا الزواج على كبار السن فى صورة تزداد فيها أمراض السكر وإرتفاع الضغط والكاتاركتا..

#### (٣) عادات النظافة:

وهى الأساس فى الإصابة بمعظم الأمراض فى مختلفه القطاعات الإجتماعية، فإهمال النظافة يكثر من الذباب والبعوض، فيزداد المرض بين

الصفار (النزلات المعوية - الرمد الربيعي والصدیدی - الحمى) والكبار (الأمراض المعوية - الحمى - الرمد - الإلتهاب الكبدي)، كذلك يكثر البعوض الناقل لمرض الملاريا في الريف والحضر على السواء، وتقل بالمثل نظافة العيون بالذات فيتضاعف مرض الرمد الربيعي والصدیدی لديهم حتى يؤدي في الغالب إلى إسوداد لون القرنية.

#### (٤) عادات التحية والحديث:

يغلب على الريف الإهتمام بآداب التحية كالسلام بالأیدی والتقبيل وكثرة الترحيب، والحديث أحياناً بصوت عال، ولعل لهذا السلوك أثره على الإصابة ببعض الأمراض التي تنتقل عن طريق العدوى كالجدري، للأطفال في سن الحضنة والإلزام. كما ينتقل المرض أيضاً نتيجة السلام باليد على طفل مريض بالجدري أو التقبيل أو العطس في الوجه، فينتقل المرض بالعدوى في الهواء مباشرة كذلك تنتقل بين الصغار أمراض نزلات البرد واللوز والحمى والحصبة عن طريق العدوى بالخالطة، كما تنتقل بين الكبار نزلات البرد وأمراض الصدر .. إلخ.

#### (٥) عادات تربية الأطفال:

فالطفل لايعرض لأشعة الشمس، حفاظاً على صحته حسب التصور الشعبي، بالرغم من أن الشمس هي التي تساعد على النمو وتساعد جسمه على تحويل الطاقة الغذائية إلى خلايا وأنسجة .

#### (٦) العادات الغذائية للطفل:

حيث لايتكون غذاؤه من العناصر الغذائية المتنوعة علاوة على عدم الإهتمام بالغذاء الخارجى في سن شهرين، إذ المفروض أن تبدأ تغذيته بغير لبن الأم منذ الشهر الثاني مباشرة، بحيث يشتمل الغذاء على البيض واللبن والعناصر البروتينية الأخرى. وبالتالي تؤدي العادات الغذائية إلى إصابة الطفل

فى عامه الأول بلين العظام فيعجز عن المشى، ويتأخر التسنين، وتظهر  
الأنيميا الحادة نتيجة لتغذيته بالنشويات فقط مع لبن الأم.

#### (٧) عادات صحة الطفل:

إعتادت معظم الأمهات على أن أمراض الإسهال الشديد والهزال الواضح  
هى أعراض ناجمة عن «التسنين» وبالتالي يهملن فى عرضه على الطبيب،  
مما يؤدى إلى مضاعفة المرض، فقد يكون جفافاً ويسبب الوفاة عند السكوت  
عليه. وفى حالة إصابة الطفل بالحصبة تقوم الأم بتغطيته بالبطاطين فى ذروة  
حرارة الصيف، ولا تغذيه حتى لا يتضاعف المرض، كما تحافظ على عدم  
إستحمام طوال ٤٠ يوماً، كذلك عند جفاف لبن الأم، فهى تعتمد فى  
تغذية الرضيع على النشويات فقط، فتبالغ فى تعويضه عن اللبن الطبيعى  
بالنشا وماء الأرز والبطاطس المسلوقة.. إلخ، فيصاب بلين العظام والأنيميا  
والهزال.

#### (٨) عادات الولادة:

يعتمد القطاع الريفى عموماً على الداية فى التوليد، وأن كان الإتجاه  
الآن ينصرف نحو الطب الرسمى فى حالات الولادة المتعسرة للأم البكرية  
والمتعلمة وذات الوضع الاجتماعى المرتفع. ومن العادات المتبعة فى الميلاد  
ربط رأس المولود. بعد الولادة حتى لا يطول الرأسى على غير العادة، ولكن  
الملاحظ أن هذه العادة تحدث العكس منها حيث تطول الرزس بفعل الربط.

ثانياً: العادات المنتشرة لدى البدو:

#### (٩) الزواج القرامى:

يتمسك المجتمع البدوى، بزواج الأقارب بين أولاد العم والخال والخالة  
أو أبناء القبيلة، وذلك يلقى مكانة إجتماعية ويزيد من درجة التماسك داخل

هذه القبائل، ويترتب على ذلك ظهور العديد من الأمراض والعلل أهمها ضعف النسل، وظهور الأمراض الوراثية كضعف النظر وأمراض القلب، والصمم وأمراض السكر، والأمراض الجلدية والتناسلية.

#### (٢) تعدد الزوجات:

تنتشر هذه العادة فى القطاع البدوى إذ يندر أن نرى رجلاً متزوج بواحدة فقط، وقد يكون ذلك مرجعه إلى حالات العقم التى تنتشر بين النساء كنتيجة لزواج الأقارب، أو الرغبة فى إنجاب الذكور، أو لحب العزوة والعصبية والإفتخار بزيادة أبنائه، هذا بجانب ارتفاع مكانة الولد عن مكانة البنت.

#### (٣) عادات النظافة:

على الرغم من عدم تلوث البيئة البدوية ومابها من هواء نقى والبعد عن مصادر الأمراض المتوطنة إلا أن ندرة المياه فيها والإعتماد على مياه الآبار التى غالباً ماتكون غير صالحة لزيادة الأملاح المعدنية بها إلا أن الأمراض فى هذه البيئة ذات طبيعية ترجع إلى عادات النظافة ومن أمثلة ذلك قلة الإستحمام مما يودى إلى إنتشار الأمراض الجلدية، كما أن مخالطة الماشية من أغنام وماعز وإبل يزيد من أمراض الرمد والنزلات المعوية.

#### (٤) عادات الولادة:

فى أغلب الأحيان تعتمد الولادة بين نساء البدو على مساعدة بعضهم البعض، فحركة الأم الدائمة فى الرعى وجمع العشب يجعل هذه العملية تتم فى سهولة ويسر، ولقد تلد بعض النساء دون مساعدة الغير، كما أن غالبية البدو لا يقوموا بتسجيل أسماء أبنائهم بمكاتب الصحة لاستخراج شهادات ميلاد وبالتالي فهم بعيدون كل البعد عن الخدمات الصحية ويترتب على ذلك إنتشار أمراض التيتانوس بين الأمهات، مع ظهور الأمراض عند أطفالهن وخاصة الدفتريا والحصبة وشلل الأطفال والدرن، والسعال والتيفود.

## (٥) الزواج المبكر للبنات:

تنتشر عادة الزواج المبكر للبنات فى المناطق البدوية ويتحايلى الآباء على ذلك بتسنيّن البنات، ويرون أن سن الزواج المناسب للبنات ١٦ سنة، ويترتب على ذلك مشاكل صحية عديدة منها النزيف عقب الولادة والوفاة لبعض الولادات المتعسرة، بجانب أن كبار السن فوق سن الستين يمكن زواجهم ببنات صغيرات فى عمر أبنائهم.

ثالثاً: العادات المنتشرة فى الحضر:

### (١) عادات النظافة:

وسنركز هنا على الأحياء الشعبية المتخلفة، حيث ينتشر فيها الحشرات الناقلة للأمراض كالذباب والبعوض لكثرة المخلفات بها، وأهم هذه الأمراض الرمد الربيعى والصديدي، والتزلات المعوية، والإلتهاب الكبدى ويقضى الطفل غالبية وقته فى الشارع حافى القدمين فيتعرض للحوادث والإصابة بالأمراض.

### (٢) العادات الغذائية:

تهتم الأمهات بتغذية الأطفال فى مراحله الأولى على النشويات دون البروتينات مما يؤثر على نموه الجسمى وظهور الضعف والوهن على الطفل، بجانب تلبية رغبات أبنائهن فى تناول بعض المأكولات فى الشارع من الباعة الجائلين مما يتسبب عنه أمراض معوية وإلتهابات كبدية.

هذا بجانب زيادة التدخين للآباء والأبناء الكبار وحتى الصغار مما يزيد من أمراض الجهاز التنفسى وأمراضى الرئة.

### (٣) عادات ترتبط بالعلاقات الإجتماعية وأهمها:

أ- العادات الصحية: حيث تظهر أثر هذه العادات على فعالية القيام

بالخدمة ومثال ذلك ذهاب مجموعات كبيرة من المريض للمستشفيات العامة أو طبيب خاص وما يترك ذلك من آثار سيئة على هدوء المريض بالمستشفى أو عيادة الطبيب.

ب- عادات التزاور بالمستشفى: حيث تقوم أعداد كبيرة بزيارة المريض والجلوس معه لعدة ساعات وإرهاقه بالأسئلة والنصائح التي قد تخل بالعلاج، هذا بجانب ما يحملونه من أكياس فاكهة أو أطعمة قد تضر بصحة المريض، أو ترك آثارها فتسيء لنظافة المستشفى.

ليس معنى ذلك أنعادات التزاور والعلاقات الإجتماعية من العادات السيئة بل أنها تقوى من العلاقات الإجتماعية وتخفف من آلام المريض لو تمت بأساليب معتدلة ولأوقات قصيرة، ولكن الخطأ فيها إرهاق المريض وإثارة جو من عدم الهدوء حوله، بجانب ترك القمامة والمخلفات في عنابر المرضى أو في حدائق المستشفى مما يلقي عبئاً على العاملين بها وانتشار الحشرات الضارة على هذه المخلفات من جانب آخر<sup>(٩)</sup>.

### نوع العمل وعلاقته بالمرض (المهنة والمرض):

تعتبر المهن مصدراً رئيسياً للإصابة ببعض الأمراض في كافة البيئات الريفية والبدوية والحضرية... إلخ، كما أن بعض المهن تعتبر وسيطاً للعدوى وتزداد خطورتها حينما يكون أصحابها يتعاملون مع جمهور عريض فيما يتصل بالمشروبات أو المأكولات المختلفة، كذلك مهن الباعة الجائلين ببعض المؤسسات الصحية وعلاقتهم بنقل بعض الأمراض بين الأصحاء.

ومن الأمثلة الدالة على ذلك نجد أن العلاقة بين طبيعة العمل ونوع المرض في المجتمع الريفي منذ أقدم العصور، حيث توضح كل الآراء علاقة طبيعة عمل الفلاح وبين إصابته بالأمراض الطفيلية عامة، والبلهارسيا بصفة خاصة، فالفلاح يعمل بالزراعة ويقوم بعمليات الري الدائم للمحاصيل

والخضروات مما يعرضه بصفة مستمرة للتواجد فى مياه الترع والمصارف مما يؤدى إلى إصابته بالبلهارسيا كما أنه يسير حافى القدمين أثناء مواسم الحصاد والزراعة والرعى مما يعرضه للإصابة بالانكلستوما، بجانب تناوله لبعض الخضروات دون غسلها (الخيار، الفجل، الجرجير، الخس ... ) يعرضه للإصابة بالإسكارس والدوسنتاريا.

كما أن طبيعة عمل الفلاح قد تتطلب العمل طوال النهار فيتعرض لحرارة الشمس فيتصب عرقه، مع إنتشار الغبار فى الجو المحيط مما يؤدى إلى أمراض العيون، التى قد تصل إلى الكاتاركتا، هذا بجانب الحشرات الناقلة للمرض وإنتشارها فى البيئات الريفية، مما يؤدى إلى الأمراض كالنزلات المعوية والإلتهابات الكبدية، كما أن إنتشار البعوض فى المصارف والبرك يؤدى إلى الإصابة بمرض الملاريا، وإنتشار القطط والكلاب والفئران يتسبب فى إنتشار الأمراض الجلدية والوبائية.

ولا ضرر من أن يتردد الفلاح على الوحدات الصحية بالقرية أو المركز طالباً العلاج، ولكن سرعان ما يعود إليه المرض مرات عديدة لما يحتمه عليه طبيعة عملة بالزراعة، هذا بجانب عدم ثقافة الفلاح فى عدم التردد على أماكن العلاج لإجراء الفحوصات الدورية للتأكد من سلامته الجسمية، ولذا لا يذهب إلى الوحدة الصحية أو الطبيب إلا إذا اشتد عليه المرض وأقعده عن العمل.

كما يرفض الفلاح والمرأة الريفية الإستعانة ببعض الأجهزة التعويضية كالنظارات الطبية أو السماعات لضعاف السمع ... إلخ وذلك لارتباطها بمراكز إجتماعية راقية فى المجتمع الريفى كالطبيب، والمهندس، والمعلم، والمشرف الزراعى ... إلخ، فهى عنصر ثقافى يرتبط بمركز إجتماعى معين. هذا بالإضافة إلى أن هذه الأجهزة تعطل وتحول دون حرية الفلاح أو المرأة

الريفية أثناء العمل في مزارعهم.

كما تتضح العلاقة بين المهنة والمُرض في البيئات البدوية فالرعى يرتبط بظهور الأمراض الجلدية لمعايشة البدوى للحيوانات كالأغنام والماعز والإبل، علاوة على اعتماد البدوى على المياه الجوفية ذات الملوحة فى بعض الأحيان يساعد على إنتشار أمراض الكلى، كما يشترك فى الإصابة ببعض الأمراض المنتشرة فى الريف كالدوسنتاريا والإنكلستوما.

وتنتشر أمراض الحساسية الصدرية للعاملين بالمحاجر لانتشار الغبار وتلوث بيئة العمل، مع عدم توافر أساليب الأمن الصناعى كالأقنعة الواقية والكمامات.

كما تظهر أمراض العصر فى المدينة مثل الذبحة الصدرية، وتصلب الشرايين، والأزمات الربوية ... إلخ نتيجة لطبيعة الحياة الحضرية بالمدن، وأنماط المهن السائدة وطريقة الحياة فيها وسنقوم بعرض بعض الأمثلة لأمراض المهنة فى المدن.

أ- إنتشار الكبد الوبائى بين عمال المقاهى، والنجارين والحلاقين والحمالين ... إلخ.

ب- إنتشار الأمراض الصدرية بين عمال مصانع الغزل والنسيج ومصانع الأسمت ... إلخ.

ج- إنتشار الأمراض الصدرية بين عمال الأفران والمسابك ... إلخ<sup>(١٠)</sup>.

وسنقدم فى الجزء القادم نماذج واضحة عن أمراض المهنة بين العمال الذين يتعرضون للحرارة العالية، وماتسببه لهم من أمراض تتدرج خطورتها وفقاً لشدة الحرارة من جانب، وإستخدام الأجهزة الواقية من جانب آخر،

وسوف نقوم بعرض ذلك على النحو التالى:

الصناعات التى يتعرض فيها العمال لدرجة حرارة مرتفعة وعلاقتها بالمرض:

#### ١- صناعة المعادن

- الزرنيخ      - الأنثيمون      - الحديد والصلب
- النحاس      - الرصاص      - الزئبق
- الزنك      - الألومنيوم

#### ٢- المهن التى يتعرض العمال للحرارة المرتفعة:

- أسمنت بورتلاند      - الملح      - الصابون
- الليتولوم (مشمعات الأرضية)      - المغاسل
- عمال الحفر والنقش      - عمال المناجم      - الصناعات الكيماوية
- المطاط      - البترول      - دباغة الجلود
- مراكم الكهربائية (البطاريات)      - الغراء
- خشب الألواح (الأبلاكاج)      - الكبريت      - المنسوجات
- الورق      - الدهان أو الطلاء (البويات)
- السيراميك      - الطوب      - الزجاج
- الفخار والخزف      - مساحيق التنعيم المصنعة
- تكرير السكر      - المسابك
- عمال غرف أو عتابر الآلات فى البواخر      - بناء الخزانات والسدود
- عمال المخابز      - صناعة الحلويات

- الحدادين - عمال الآلات الرافعة - عمال الطهي  
(المطابخ)

٣- وكذلك الفلاح الكادح والعامل في إصلاح الأراضي الزراعية وتعبيد الطرق وإصلاحها.

وهذه الصناعات تؤدي إلى ارتفاع حرارة الجسم للأسباب الآتية:

١- التمثيل الغذائي وحركة العضلات ونشاطها.

٢- الإشعاعات الحرارية.

٣- إستنشاق هواء حرارته عالية للغاية.

٤- الرطوبة، حركة الهواء (ركوده وحركته).

- الأمراض التي تصيب الإنسان من التعرض لحرارة مرتفعة أو للإشعاعات الحرارية.

١- الإنهاك الحرارى. ٢- ضربة الشمس.

٣- ضربة الحرارة. ٤- التقلص الحرارى.

أ- نتيجة الإفراط في شرب الماء.

ب- نتيجة الإفراط في تناول ملح الطعام.

٥- إحتباس المرق وإنقطاعه. ٦- طفق جلدى حرارى (حمو النيل)

٧- الإغماء الحرارى. ٨- أوذىما الحرارة أو الورم الحرارى.

٩- إحتقان الملتحمة الدموى. ١٠- رمد الضوء الكهربى.

١١- إظلام العدسة (كاتاراكثا) ١٢- إلتهاب الجلد أو حرق الشمس.

١٣- الأورام السرطانية الناتجة عن الأشعة فوق البنفسجية.

## ١ - الإنهاك الحرارى:

عندما يشعر المرء بالضيق والإعياء والصداع أو السبات أحياناً من الجو الذى يعمل فيه، أو عندما يكون العمل شاقاً ومرهقاً فى مثل تلك الظروف الجوية يشير هذا بأن الدورة الدموية قد إعتراها القصور، قبل أن يختل التوازن الحرارى ويضطرب إذ يغشى الإنسان غالباً فى الجو الحار أو الرطب - حيث التهوية سيئة ضئيلة أو منعدمة - الإنهاك الحرارى، نتيجة تمدد الأوعية الدموية بالجلد وإزداد سريان الدم نحو سطح الجسم الخارجى إلى الحد الذى تضطرب فيه الدورة الدموية وتخفق، وتزداد ضربات القلب ودقائه وتنخفض الضغط الشريانى ويقل تباعاً جريان الدم وتدفقه إلى المراكز العصبية والقلب والعضلات والأعضاء الأخرى الداخلية.

ويدرك إضطراب الدورة الدموية هنا باستعمال مقويات القلب، والحقن الوريدية، بالسوائل (الجلوكوز أو محلول الملح) فيظهر أثرها بأن تزيد كمية الدم وتدعم الضغط الشريانى وتشد أزره ويعتبر هذا أيضاً من أهم وسائل العلاج فى حالات الإنهاك الحرارى ومن ضرور الوقاية، وذلك بالإضافة إلى إقصاء المريض عن جو العمل ويقاؤه فى هدوء تام، ومكان بارد، عندما يشعر بالصداع أو الدوار أو الإغماء مهما كان هذا الشعور ضئيلاً، مع تزويده بسوائل رطبة إن رغب فى ذلك وتعاطيه فيتامين (ج) لأهميته البالغة للوقاية من الإنهاك الحرارى.

## ٢ - ضربة الحرارة:

عندما تقل كمية الحرارة التى يفقدها الجسم عن كمية الحرارة التى يكتسبها من حرارة الجو ويمتصها من البيئة التى يعمل فيها، بالإضافة إلى ما يتكون بجسمه من حرارة للتمثيل الغذائى ونشاطه ونشاط أعضائه وعضلاته تتراكم، تلك الحرارة بجسمه رويداً رويداً إلى الحد الذى ترتفع فيه

باطراد وعلى التوالي ومن ثم يصاب العامل بمجموعة أعراض، تتميز بما يطلق عليها «الحُمى المحرقة» وهي درجة الحرارة التي تزداد عن ٤١°، وباضطراب عنيف في الجهاز العصبي المركزي.

وتعتبر تلك الظاهرة وهذه الأعراض غالباً سكان المناطق الحارة وبعض الصحارى وأحياناً المناطق الحارة، وأولئك الذين يتعرضون لأول مرة في دور الصناعة لجو رطب عالي الحرارة، سئ التهوية، وكذلك العمال الذين يحسسون الخمر أو يشكون إضطراباً هضمية، رغم تأقلمهم وتكيفهم بمثل هذا الحد، وتفشى ضربة الحيرة بخاصة بين عمال المناجم، الخنايز، غنابر الغلايات بالبواخر وغيرها.

#### مصدر العلة وسببها:

تجهد الحرارة العنيفة والمستمرة على الدوام المركز العصبي الخاص بالتوازن الحرارى الموجود، فيقل إفراز العرق أو يتوقف، فترتفع درجة حرارة الجسم تبعاً وعندما ترتفع درجة حرارة الجسم، يزداد التمثيل الغذائى به وبالتالي ترتفع حرارة الجسم وتزداد مرة أخرى وتعطل مثل تلك الحرارة العنيفة وظيفه المراكز العصبية المحركة للأوعية الدموية فيعترى الأوعية الدائرية بسطح الجسم الإنقباض ويعجز الجسم فى نهاية المطاف عن التخلص من حرارته الزائدة، ويلاحظ أن الجو الحار الرطب يجهد الجهاز الغذى العرقى أكثر من الجو الحار الجاف.

#### - التغيرات المرضية:

يفشى الإحتقان لجميع أعضاء الجسم، ويبدو على الجلد بقع أرجوانية متعددة كدمات دموية على هيئة النقاط ويحتقن المخ ويتورم ويعتره نزيف متعدد، ويصاب الجزء القابل للتلون بنواة خلايا المخ والخيف بالتحليل. وقد شوهد فى بعض الحالات التى يطول فيها إنخفاض ضغط الدم، والإضطراب

والخلل الذى يصيب المركز العصبى هو من قبيل التغييرات الكيميائية والفيزيائية الحيوية، ولوحظ بالتورم فى الحالات التى إنتهت بالوفاة، ونزيف فى أفرع العصب المتشعب وكميات كبيرة من السائل فى الأمعاء الدقيقة ونزيف تحت بطانة القلب للبطين الأيسر.

#### - أعراض ضربة الحرارة:

يصاب العامل بمأساة المرض فجأة ودون مقدمات، لا يراها الأطباء فى مراحلها الأولى، إنما يحضرها رفاقه فى العمل والمشرفون عليه من الرؤساء، إذ يتبدل شعوره وتنقطع صلته بالعالم من حوله بعد مكابدة عدة ساعات من العمل المتواصل يفعل ويحتد مزاجه غالباً ويتهجم أثناء العمل ويترنح، وعينه تحمقان لكنهما تخلوان من كل تعبير، يرى لكنه لا يدرك ولا يعي ما يراه، تقع منه العدة التى ينجز بها عمله أو يقبض عليها بشدة وإصرار وإذا حاول زملاؤه تهدئته زاد هياجاً وحدة وإنفعالاً وقد يرتمى على الأرض ويغيب عن الوعى وتغشاه رجفة عنيفة ورعشة فى أطرافه إلى الحد الذى قد يظن زملاؤه أنه مغمور أو أصابته لومة.

#### سبل الوقاية الخاصة بضربة الحرارة:

أيدت التجارب على أنه لا يجوز فى الصناعات والمهن التى تتعرض لجو حراره عالية أو حار رطب تشغيل المرض بالعلل التالية:

- القلب والدورة الدموية.
- الضعيف المنهك القوى.
- إضطراب الجهاز العصبى اللاإرادى.
- الصبية فى دور المراهقة.
- السكر.
- أمراض الكلى.
- المرضى بالالتهابات الجلدية، مثل مرضى السمكية، حيث يقل عندهم الإستعداد لنضح العرق.

### ٣- التقلص الحرارى (تقلص العضلات):

عندما ينضج العرق بغزارة ويشرب العامل الماء بإفراط ويقل في الوقت نفسه إفرازه للبول، قد يصاب بتقلصات في عضلاته بعد ساعات قليلة من بدء العمل. ويسبق التقلص عادة الخمول والتعب والصداع والقيء والدوار والغثيان ووخز في الأعضاء والتشنج الإبتجاجي وتعتري التقلصات المصحوبة بآلام مبرحة، عضلات باطن الساق والفخذ، وأحياناً عضلات البطن وأعلى الذراعين والظهر وعضلات ما بين الضلوع مما يعطل التنفس ويمنعه، وتستمر تلك التقلصات دقائق قليلة ثم تنفجر الأزمة وتنبسط العضلات وتراخي لكنها لا تلبث أن ترند ثانياً ثم تنبسط ويتكرر التقلص والتراخي مرات ومرات.

### ١- حالات تنتج من الإفراط في شرب الماء:

ينضج العمال في بعض العمليات الخاصة في صناعة الحديد والصلب عرقاً غزيراً جداً، ويتعرض هؤلاء لاحتسائهم الماء بإفراط وبسرعة لاختلال في التوازن وتتميز مجموعة أعراض هذا النوع من التسمم المائي بفقدان الشهية للطعام والصداع والغثيان، ولو إستمر العامل في تناول الماء فقد يصاب بالقيء.

### ٤- احتباس العرق لإرتفاع حرارة الجو:

يصاب بعض العمال الذين تأقلموا فيما سبق على الجو الحار والعمل فيه، بحالة مرضية لا يمكن تعريفها على الوجه الأكمل، أو تحديدها بدقة، عندما يتعرضون بتواصل ولمدة طويلة لجو شديد الحرارة للغاية، إذ يصمت العرق ويحتبس عندهم فجأة ولا ينضج من أبدانهم مطلقاً إلا على وجوههم وحسب ويعتري الضعف والفتور والإعياء العامل وذلك بالإضافة إلى أنه يشكو من الصداع والدوار وإرتفاع في درجة حرارته. ويكون جلد المريض

دائماً وجافاً يكسوه طفق (حمو النيل) ويسعف المريض بإبعاده عن الجو الحار إلى مكان بارد مع الراحة التامة وإعطائه سوائل باردة.

#### ٥- إحتقان الملتحمة الدموى:

يتميز إحتقان الملتحمة باحمرار فى الغشاء المخاطى للجفن وحوافه وثناياه، نتيجة إمتلاء أوعيته الدموية السطحية بالدم لتمدها ويغشى العين الإحمرار والحرقان وتنهمر منها الدموع، ويصاب العمال بالمرض لتعرضهم للإشعاعات الحرارية تحت الحمراء وفوق البنفسجية لإهمالهم حماية أبصارهم بالنظارات الخاصة. كما هو الشأن عند عمال اللحام الكهربائى. وأولئك الذين يتعرضون للضوء الساطع الوهاج أياً كان نوع، كالممثلين والممثلات عند التقاط الأفلام، وأعمال الطرق وشرطة المرور.

#### ٦- رمد الضوء الكهربائى:

عندما ينظر العمال للأشعة فوق البنفسجية العنيفة مدة قصيرة كالأشعة التى تنطأير فى عمليات اللحام الكهربائى، أو يتطلعون لضوء الشمس أو الإشعاعات المنعكسة عنها على سطح الماء أو الثلج أو الرمل الأبيض، يعترى بعضاً من هؤلاء إلتهاب القرنية.

#### ٧- كاتاركتا أو إظلام العدسة:

إنه من خصائص الأشعة دون الحمراء التى تتراوح أطوال موجاتها ما بين ١٩,٩٠٠ - ١٠,٠٠٠ إنجستروم، أن تمتصها القرنية، والسائل المائى بالعين والقزحية والعدسة فتتحول بها إلى حرارة ولافتقاد العدسة الشديد إلى دورة دموية يستطيع الدم بها تخليصها مما إمتصته من حرارة تتكون العتامة وتأخذ العدسة فى الإظلام ويجمع العلماء الرأى على أن العدسة لا يصيبها عتامة أو إظلام مهما إمتصت من الأشعة فوق البنفسجية.

ومن أنه لوحظ منذ أكثر من قرن مضى إصابة بعض العمال بالكاتاركت (إظلام العدسة) في الصناعات التالية: صناعة الزجاج بالنفخ، الحداة والسباكة واستخلاص الحديد من خاماته وصناعة الصاج المطفى بالقصدير وصناعة الصلب والسلاسل لتعرضهم وتحديقهم في النار المتوهجة أثناء العمل.

#### ٨- إلتهاب الجلد واحمراره أو حرق الشمس:

عندما يتعرض الإنسان لأشعة وبخاصة الأشعة فوق البنفسجية يصاب جلده المكشوف بالإلتهاب الحاد ويحمر لونه إحمراراً شديداً يصحبه الحرقان والألم، وينتج الإحمرار من تمدد الأوعية الدموية الدقيقة جداً بالجلد بسبب هذه الحروق، قد ترتفع حرارة جسم المريض إرتفاعاً يصحبه الصداع والتوعك، أى التعب العام، أما التغيرات المرضية التى تعترى الجلد فهى الإحمرار المصحوب بالحكة، والحرقان يتبعه ورم، وقد تظهر الفقاقيع، أو القرح التى قد تتقيح ويحمر لونها وقد تموت خلايا الطبقة السطحية العليا بالجلد وتتقشر ثم تسقط وتتأثر بعد عدة أيام قلائل.

#### ٩- أورام الجلد السرطانية الناتجة عن الأشعة فوق البنفسجية:

أيدت التجارب التغيرات التى تعترى جلد البحارة لتعرضهم لأشعة الشمس المحرقة مدة طويلة، تلك التغيرات الجلدية التى تسبق ظهور الأورام السرطانية عادة إذ أكدت الأبحاث العلمية فيما بعد، أن العمال يصابون بتلك الأورام فى الأجزاء العارية من أبدانهم عند تعرضهم لأشعة الشمس أو بالأحرى للأشعة فوق البنفسجية بها مدة طويلة وكذلك للأشعة البنفسجية الأخرى الصادرة من قوس اللحام الكهربائى أو من لمبات الأشعة فوق البنفسجية<sup>(١١)</sup>.

## خاتمة

يتضح من هذا العرض لموضوع «الثقافة وعلاقتها بالمرض» أن هناك ارتباط واضح بين محتويات الثقافة من عادات وتقاليد وأعراف، وقيم، وفنون .. إلخ، وبين السلوك المرضى وكيفية التصرف حيال الأمراض، وأفكار واتجاهات المريض وأسرته تجاه المرض.

كما أوضح هذا العرض المعتقدات الشعبية المرتبطة بالتداوى من خلال تراث الطب الشعبي كالتداوى بالأعشاب، والكي، والحجامة، والخزم، بل الإعتقاد في الذهاب إلى الأضرحة وزيارة قبور الأولياء، واللجوء إلى الدجالين .. إلخ.

كما قدم هذا الفصل عرضاً للعادات والتقاليد المنتشرة في كل من البيئة الريفية والحضرية والبدوية والمتمثلة في عادات الزواج وتعدد الزوجات، والعادات الصحية، وعادات النظافة، وعادات الغذاء، وعادات الولادة .. إلخ، وعلاقة هذه العادات بالأمراض المنتشرة في المجتمع المصري.

هذا بجانب تقديم عرض مختصر عن الأمراض المهنية، أو بعبارة أخرى تبين العلاقة بين الأمراض المرتبطة ببعض المهن سواء الزراعية، وأعمال النسيج وعمال المحاجر لتوضيح الآثار الضارة لهذه المهن إذا لم تتخذ كافة الأساليب الوقائية التي تحول دون الإصابة ببعض الأمراض.

## مراجع الفصل السادس

- ١- محمد على محمد، وآخرون، «المجتمع والثقافة والشخصية»، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٣، ص ٤٠١.
- محمد محمود ربيع، «تطوير التعليم فى حقل العلوم السياسية كأداة للتنمية»، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، ١٩٨٥، ص ١١ - ٣٢.
- ٢- محمد محمود الجوهري «علم الاجتماع وقضايا التنمية فى العالم الثالث» (٤٧)، دار المعارف القاهرة، ١٩٨١، ص ٩٧.
- ٣- حسين عبد الحميد رشوان «دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض»، دراسة فى علم الاجتماع الطبى، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص ٢٨٣.
- ٤- على المكاوى «الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية»، دراسة ميدانية فى علم الاجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ص ٢٧٩ - ٣٠٣.
- ٥- أحمد زكى بدوى «معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية»، مكتب لبنان، ١٩٧٧، ص ٣٧٩.
- ٦- انظر:
- على المكاوى، نفس المرجع السابق، ص ٣٢٥ - ٣٢٩.
- ٧- أنظر وقارن كل من:
- أحمد الخشاب، دراسة أنثروبولوجية، دار المعارف بمصر، ١٩٧٠.
- فاطمة المصرى، الزار دراسة نفسية أنثروبولوجية، الهيئة المصرية للكتاب، ١٩٧٥.

٨- أميره صادق طنطاوى، فاتن عبد اللطيف، «مبادئ صحة المجتمع»،  
بدون مكان نشر، الإسكندرية، ١٩٩٣، ص ٢٤٣ - ٢٤٧.

٩- أنظر:

- على المكاوى، نفس المرجع السابق، ص ٣٠٨ - ٣١٨.

١٠- أنظر:

- على المكاوى، نفس المرجع السابق، ص ٢٨٧ - ٣٠٠.

١١- أنظر فى هذا الشأن:

- محمد السيد عبد العال، «دعائم الصحة المهنية والأمن الصناعى»،  
موسوعة فى الطب الصناعى، العدد الخامس، دار المعارف، القاهرة،  
١٩٧١، ص ١٩٥ - ٢١٢.

- عبد الملك محمد العصفورى، «تأثير الحرارة والرطوبة على عمال  
الصناعة»، كلية الهندسة، جامعة القاهرة، ١٩٥٧.

## الفصل السابع

### التلوث البيئي وعلاقته بالمرض



## التلوث البيئي وعلاقته بالمرض

تقديم ...

البيئة هى كل ما هو خارج عن كيان الإنسان، وكل ما يحيط به من موجودات، فالهواء يتنفسه الإنسان، والماء يشربه، والأرض التى يعيش عليها ويزرعها، وما يحيط به من كائنات حية أو جماد، هى عناصر البيئة التى يحياها، وهى الإطار الذى يمارس فيه حياته ونشاطاته المختلفة.

وأهم ما يميز البيئة الطبيعية هو ذلك التوازن الدقيق القائم بين عناصرها المختلفة، فلو أن ظروفاً ما أدت إلى إحداث تغيير من نوع معين فى إحدى هذه البيئات، فإنه بعد فترة قابلة قد تؤدى بعض الظروف الطبيعية الأخرى إلى تلافي آثار هذا التغيير.

وعادة ما يؤدى تغيير الظروف المحيطة بإحدى البيئات (البحيرات - الغابات - البحار) إلى حدوث تغيير ما فى الشكل العام لهذه البيئة، ولكن البيئة التى تحتوى على عدد متنوع من النباتات والحيوانات تستطيع عادة أن تقاوم مثل هذه التغييرات فى حدود معينة، فلو أن أحد عناصر هذه البيئة ضعف، أو أصابه الإضمحلال نتيجة ظروف طارئة، فإن الأنواع الأخرى أو العناصر الأخرى الموجودة فى هذه البيئة ستستمر فى مهمتها، وتعمل على تعويض هذا النقص الطارئ من توازن البيئة.

ولقد كان من آثار تدهور حالة البيئة وتلوثها والتزايد الهائل فى أعداد السكان فى العالم وطلب الغذاء، مما ألقى عبئاً كبيراً على الموارد الطبيعية التى تتوفر فى البيئة المحيطة بالإنسان، كما أدى التقدم الهائل فى الصناعة إلى ظهور أنواع جديدة من المواد الكيميائية التى لم تعرفها البيئة من قبل، فتصاعد بعض الغازات الضارة من مداخن ميثات المصانع لوثت الهواء،

وألقت هذه المصانع مخلفاتها ونفاياتها الكيميائية السامة فى البحيرات وفى الأنهار، وإسراف الناس فى إستخدام المبيدات الحشرية، والمخصبات الزراعية ذلك إلى تلوث البيئة بكل صورها من تلوث الهواء، وتلوث الماء، التربة، وأصبحت الأراضى الزراعية غير قادرة على الإنتاج .

صحيح تلوث البيئة ظاهرة نشعر بها جميعاً، فلن تعد قلحوة على تجديد مواردها الطبيعية، وإختل التوازن بين عناصرها المختلفة، ولم تعد هذه العناصر قادرة على تحليل مخلفات الإنسان، أو إستهلاك النفايات الناتجة من نشاطاته المختلفة، وأصبح جو المدن ملوث بالدخان المتصاعد من عادم السيارات وبالغازات المتصاعدة من مداخل المصانع ومحطات القوى، والتربة الزراعية قد تلوت نتيجة الاستعمال المكثف للمخصبات الزراعية والمبيدات الحشرية وحتى أجسام الكائنات الحية لم تخل من التلوث، فكثير منها يخترن فى أنسجته الحية نسبة ما من بعض الفلزات الثقيلة، ولم تسلم المجارى المائية من هذا التلوث، فمياه الأنهار والبحيرات فى كثير من الأماكن أصبحت فى حالة يرثى لها نتيجة ما يلقي من مخلفات ومن فضلات الإنسان، كما أصاب التلوث البحيرات المقفلة والبحار المفتوحة على السواء.

ولا يقتصر التلوث على مناطق بعينها، فالغلاف الجوى متصل وتلوث فيه المواد الملوثة من مكان لآخر، والبخار المفتوحة تنتقل منها المواد الملوثة بحرية تامة مع تيارات المياه، وبذلك قد ينتقل التلوث من دولة إلى أخرى، وقد تنقل التيارات الهوائية والطيور بالمواد المشعة من مناطق التجارب النووية إلى أماكن أخرى بعيدة، ويتبين من كل ذلك أن البيئة متصلة وتكون وحدة واحدة بالنسبة للإنسان.

ولقد أهمل الإنسان كثيراً فى حق نفسه وإنشغل تماماً بتدبير احتياجاته ومتطلباته، وجرى وراء التكنولوجيا الحديثة بكل قواه دون أن يفتن إلى أنه

قد تسبب فى الإختلال بالتوازن الطبيعى للبيئة المحيطة به، فساعد بذلك على تلوث الهواء، وأفسد التربة الزراعية، وقضى فى بعض الأحيان على مظاهر الحياة فى كثير من الأماكن.

وبناء على ما سبق من مظاهر تلوث البيئة أحست الكثير من الهيئات والمنظمات العالمية خطورة هذه المشكلة وعقدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مؤتمراً عالمياً لبحث مشاكل البيئة على مستوى العالم ١٩٧٢، وعلى الرغم من ذلك ظهرت بعض الخلافات الجوهرية بين موقف الدول الصناعية، وموقف الدول النامية فى تطوير مجتمعاتها<sup>(١)</sup>.

وليست للملوثات أثرها السلبى على البيئة فقط بل إمتدت إلى تدهور صحة الإنسان نفسه كما سنعرف فى هذا الجزء سواء كان هذا التأثير فى سلوك الفرد وصحته أو فى سلوك الجماعة، وسنقوم بتحديد أهم مظاهر التلوث البيئى والتى لها علاقة وطيدة بحياة وسلامة الإنسان وذلك على النحو التالى:

- ١- تلوث الهواء.
- ٢- تلوث المياه السطحية والجوفية.
- ٣- التلوث الضوضائى.
- ٤- التلوث بالنفايات.
- ٥- التلوث بالمبيدات الحشرية.
- ٦- التلوث بالإشعاعات والتغيرات الكيميائية والفيروسات.

#### أولاً: تلوث الهواء:

إن تلوث الهواء من الأمور التى يمكن إدراكها بسهولة خاصة لهؤلاء

الذين يعيشون فى المدن مكوخا صناعية والمناطق القريبة منها، ويمكن تعريف التلوث بأنه تواجد شوائب فى الهواء سواء وجدت طبيعية أو بفعل الإنسان وبكميات ولفترات تكفى للإقلال من راحته أو للإضرار بالصحة العامة بحياة الإنسان والحيوان والنبات والممتلكات.

إن تلوث الهواء يعتبر مسئولاً عن تلف كثير من المصنوعات كالجوارب النايلون مثلاً والدهانات أو الطلاء البلاستيك، كما يعتبر مسئولاً عن تلف ما قيمته ٥٠٠ مليون دولار من المحاصيل سنوياً، ولقد ذكر فى مؤتمر لمنظمة اليونسكو عام ١٩٦٨ كما أن الإنسان نقص عمره حوالى عشرون عاماً بسبب تلوث الهواء.

لأن الإنسان العادى يحتاج إلى قدر كبير من الهواء يومياً فهو يتنفس حوالى ٢٢٠٠٠ مرة فى اليوم الواحد فى حالة السكون، وتزيد مرات التنفس على ذلك كثيراً أثناء الحركة وبذل الجهد وممارسة الألعاب الرياضية، ويحتاج الإنسان إلى قدر كبير من الهواء يصل إلى نحو ١٥٠٠٠ لتر كل يوم، ويبلغ وزن هذا الهواء نحو ١٦ كيلو جرام وهذا يفوق ما يستهلكه الفرد من الماء والغذاء فى اليوم الواحد ويمكن أن نستعرض أهم مصادر تلوث الهواء فيما يلى:

١- السيارات ووسائل النقل الجوى.

٢- المصانع على إختلاف أحجامها وإنتاجها.

٣- الوقود المستخدم فى التدفئة.

٤- حرق النفايات<sup>(٢)</sup>.

ومن أهم مصادر تلوث الهواء مصانع الورق، ومصانع الحديد والصلب،

ومعامل تكرير البترول، ومسالك صهر المعادن، ومصانع الكيماويات، وتقذف هذه المصانع فى الغلاف الجوى سنوياً ٣ مليون طن من الهيدروكربون، ٣ مليون طن من المواد الهوائية.

كما أن الوقود الذى يحترق للتدفئة فى المنازل والشقق والمكاتب، يبعث إلى الهواء الجوى سنوياً ٢ مليون طن أخرى من أول أكسيد الكربون، ٣ مليون من أكاسيد الكبريت، ومليون طن من الهيدروكربون، ومليون طن من الهباء.

كذلك فإن احتراق النفايات والقمامة يبعث إلى الهواء الجوى سنوياً حوالي مليون طن أخرى من أول أكسيد الكربون (ومليون طن من أكاسيد الكبريت، مليون طن من أكاسيد النيتروجين، ومليون طن من الهيدروكربون، ومليون طن من الهباء.

ولقد ثبت علمياً أن تلوث الهواء ضار بصحة الإنسان ويؤدى إلى الوفاة، ويلاحظ أن معدلات الوفاة تكون مرتفعة فى الأماكن التى يكثر فيها الضباب والدخان، وفى تلك المناطق نلاحظ أن حالة الوفاة بالنسبة للشيوخ والأطفال الصغار ومرضى الجهاز التنفسى تكون سريعة.

وكان من نتائج تلوث الهواء الحالات المؤسفة التى حدثت فى لندن عام ١٩٥٢، وفى مدينة دونورا فى بنسلفانيا من وجود كمية كبيرة من الدخان الكثيف فى سماء هذه المدن وما أدى إليه من مشكلات وحدث إنقلاب جارى أدى إلى إصابة ٦٠,٠٠٠ بالمرض، ووفاة خمس عشر رجلاً وخمسة من النساء. وما بقى من السكان وقع تحت مضاعفات هذه الكارثة.

وهناك حادث آخر فى وادى الميز فى بلجيكا عام ١٩٣٠ وفى روزاريكليا بالمكسيك عام ١٩٥٠، فلقد حذر الأطباء المواطنين فى لوس

الجلوس بعدم ممارسة أى رياضة تتطلب تنفساً عميقاً نظراً لخطورة الهواء الملوث والمنتشر فيها على الرئتين. كما أن برامج التربية الرياضية تقرر على الطلاب فى المدارس تخضع للإشراف الطبى الدقيق، كما حذر الأطباء الأفراد والأسر من الابتعاد عن هذه المدينة حتى يتجنبوا الأمراض الصدرية، والإلتهاب الرئوى، وارتفاع الرئة، ويقدر عدد المرضى فى هذه الكارثة بحوالى عشرة آلاف مريض.

ومن آثار تلوث الهواء أن الشخص العادى يتعرض لجو يحتوى على ٨٠ جزء من المليون من أول أكسيد الكربون لمدة ٨ ساعات فإن الجهاز الدورى لحمل الأكسجين تقل بنسبة ٧.١٥٪، ويتسبب ذلك فى فقدان الجسم جزءاً من الدم، وعندما تكون حركة المرور شديدة ومزدحمة فإن محتوى الهواء من أول أكسيد الكربون تصل إلى ٤٠ جزء من المليون، لذلك كثيراً ما يصاب سكان المناطق المزدحمة بأعراض التسمم الحاد والصداع، وضعف الرؤية، ونقص فى تناسق العضلات، والغثيان، والآلام الباطنية، وفى الأحوال الحادة يحدث عدم الوعي والوفاة.

كما أن حالات التسمم المزمنة تنتج عن أول أكسيد الكربون كما أن أكاسيد الكربون عادة تسبب أمراض الجهاز التنفسى، كما أن مركبات الكبريت تؤدي إلى تهيجة فى قنوات الجهاز التنفسى والسعال والإختناق، ويعتبر ثاني أكسيد الكربون مسئولاً عن زيادة معدلات الربو الحاد، والإلتهاب الرئوى.

وبما سبق يتضح أن أهم ملوثات الهواء ما يلى:

١- ثاني أكسيد الكربون.

٢- ثاني أكسيد الكبريت.

٣- أكاسيد النيتروجين وأول أكسيد الكربون.

٤- أكسيد الرصاص.

٥- مركبات الكلوروفلوروكربون.

مصادر تلوث الهواء:

١- التلوث الطبيعى وهو الذى يحدث بفعل الطبيعة ولادخل للإنسان فى هذا التلوث، ويصعب عليه التحكم فيها ويمكن عرضه فيما يلى:

أ- البراكين وما ينتج عنها من ثانى أكسيد الكربون، فلوريد الأيدروجين .. إلخ.

ب- التفريغ الكهربائى للسحب الرعدية وينتج عنه أكاسيد النيتروجين.

ج- تسرب الغاز الطبيعى من جوف الأرض وينتج عنه كبريتيد الأيدروجين.

د- الرياح والعواصف والإشعاع الشمسى وينتج عنهم الأملاح المنشورة فى الجو، والفطريات وجوب اللقاح.

هـ- صخور القشرة الأرضية وينتج عنها النشاط الإشعاعى.

٢- التلوث الصناعى ويحدث بفعل الإنسان، ويمكن التحكم فيها وتلافيها وهى مصدر للعديد من المواد الملوثة والروائح الكريهة والضوضاء ومن أهم هذه المصادر استخدام الفحم والغاز الطبيعى، والمواد البترولية واستخدامها، واستخدام المبيد الحشرى والأسمدة.

ويمكن تقسيم ملوثات الهواء إلى خمس مجموعات هى:

١- مواد كيميائية وتحدث إلتهاابات فى الأغشية المخاطية.

- ٢- مواد خائفة وهى التى تتداخل مع عملية الأكسدة فى أنسجة الجسم.
- ٣- مواد مخدرة وهى التى تحدث تأثيرها على الجسم كله وتضعف الجهاز العصبى المركزى.
- ٤- مواد سامة، وتؤثر على المجموعة الدموية وتتلغها.
- ٥- مواد صلبة غير سامة.

#### ثانياً: تلوث المياه:

وهناك تلوث آخر غير تلوث الهواء، وهو تلوث الماء، ورغم أن الماء له أهمية كبرى لاجدال فيها لكل الأحياء، إلا أن تلوثه لا يقل فى خطورته عن تلوث الهواء، لأن الماء يحتل ثلثى الأرض، ولو وزعنا الماء على سكان هذا الكوكب لكان نصيب الفرد ٤٠٠ مليون طن يومياً مدى حياته، لكن مياه البحر لاتصلح لمن يدب بأقدامه على سطح الأرض أو يضرب بجذوره فيها لكنه لكائنات أخرى حيوى وهام.

ويعتبر الماء من أهم السوائل الضرورية للحياة ولاغنى عنه لجميع الكائنات الحية، وتأتى أهمية الماء بعد أكسجين الهواء مباشرة، فالإنسان يحتاج إلى بعض لترات كل يوم، ولذلك يجب أن يكون هذا الماء نقياً فى حدود معقولة وإلا أصيب الإنسان عن طريقه بكثير من الأضرار، وتعرض لكثير من الأمراض المعروفة مثل الكوليرا، والدوسنتاريا وغيرهما من الأمراض التى تقضى على حياة الإنسان.

والماء مذيب لكثير من المواد، فهو يذيب كل شئ على وجه التقريب، وإن كان ذلك يحدث بنسب متفاوتة، وحتى الأشياء التى لاتذوب فيه تكون معه فى أغلب الأحيان معلقة غروانية تشبه المحاليل إلى حد كبير.

وتحتوى مياه البحار والمحيطات على كثير من الأملاح والمركبات الكيميائية الذائبة فيها، كما تحتوى هذه المياه على نسب متفاوتة من أغلب المعادن والفلزات التى نعرفها بما فيها الذهب والفضة وغيرهما.

وعندما تتعرض مياه البحار والمحيطات لحرارة الشمس يتبخر منها، ويتصاعد فى الجو على هيئة بخار لا يرى، وعندما يبرد هذا البخار فى طبقات الجو العليا يظهر لنا على هيئة سحب، وتشبه هذه العملية عملية التقطير التى تجرى فى المعامل، وعندما يتبخر الماء يتصاعد بخاره على هيئة النقية لأنه يترك وراءه كل ما كان ذائباً فيه من أملاح ومركبات.

وعندما تصعد هذه السحب إلى الأجواء الباردة فى طبقات الجو العليا يتكثف ما بها من بخار، تحت بعض الظروف الخاصة، ويتحول إلى قطرات من الماء ويتساقط على هيئة أمطار فوق الهضاب وعلى سفوح الجبال، ثم تتجمع هذه المياه على هيئة بحيرات مقفلة تملأ المنخفضات والوديان، وتمر فى الوديان حتى تصب مرة أخرى فى مياه البحار والمحيطات.

وتعتبر مياه الأمطار من أنقى صور المياه الطبيعية، ومع ذلك لا يمكننا أن نقول أن هذه المياه نقية تماماً، وذلك لأن مياه الأمطار قد تذيب أثناء سقوطها بعض الغازات الموجودة وتحملها معها إلى سطح الأرض.

وقد تلوث مياه الأمطار بشكل واضح فوق المناطق الصناعية، مناطق التجمع السكاني الكثيفة بسبب تلوث هواء هذه المناطق بدخان المصانع وبعامد السيارات، وتعرف مثل هذه الأمطار بالأمطار الحمضية، وعند سقوط مياه الأمطار على سطح الأرض تبدأ هذه المياه فى إذابة كثير من المواد سهلة الذوبان الموجودة فى التربة مثل الأملاح المعدنية وما قد يكون بالقرية من مبيدات أو مخصبات زراعية، كما أنها تجرف فى طريقها كثير من الشوائب، وتحمل معها كل ذلك لتلقى به فى المجارى المائية مثل الأنهار والبحيرات.

ويتضح من ذلك ضرورة الإهتمام بالمكان الذى تؤخذ منه مياه الشرب للاستعمال الآدمى، فيجب أن يكون ذلك من مكان يخلو من الشوائب والمواد العالقة، ولا يحتوى على مواد ذائبة، وبعبارة عن مصادر التلوث.

ومن الملاحظ أن معظم المدن والتجمعات السكنية فى أغلب دول العالم تقع على شواطئ، الأنهار والبحيرات، وتؤخذ مياه الشرب للإستعمال الآدمى من هذه المجرى المائية، ولهذا تجب المحافظة على نظافة المصادر المائية.

ولم تكن فكرة تلوث المياه، أو تلوث البيئة بشكل عام تشغل الأذهان فيما مضى، وكان أغلب المدن فى العصور الوسطى، وخاصة فى أوروبا تلقى مخلفاتها وفضلاتها، بما فيها الفضلات الآدمية فى المجرى المائية المجاورة لها، والتي كانت تأخذ منها مياه الشرب والغسيل وتستخدمها فى مختلف الأغراض.

ولم يذكر أحد فى ذلك الزمان أن جزءاً من هذه المخلفات والفضلات يعود إليه مرة أخرى عن طريق مياه الشرب أو الغسيل، كما لم يدرك أحد فى ذلك الحين مدى الأضرار التى يمكن أن تحدث لصحة الإنسان من جراء هذا التصرف الذى قد يؤدى إلى إنتشار الأمراض والأوبئة.

فقد حدث فى بعض المدن الأوروبية ومنها مدينة لندن التى تقع على شاطئ نهر التيمس، فقد درجت المدينة على إلقاء كل مخلفاتها بما فيها مياه الصرف التى تحتوى على الفضلات الآدمية فى هذا النهر، وبمرور الوقت تحول النهر إلى كتلة من القذارة، وأصبحت مياهه شديدة التلوث، وقد أدى ذلك إلى إنتشار مرض الكوليرا عامى ١٨٤٩، ١٨٥٣، وقد بلغ عدد الوفيات وقتها إلى ٢٠ ألف شخص، وإنتشر التيفود فى بعض المدن الأمريكية لتلوث مياه الشرب.

ورغم المشكلات الناتجة عن تلوث المياه إلا أنها لم تحظى بإهتمام حتى نهاية الستينات فلم يكن أحد يلقى إهتماماً كبيراً لموضوع التلوث، لمفقد كان سائد نوع من الاعتقاد الخاطئ والخطير بأن الأنهار والبحار والبحيرات والمحيطات هي أنسب مكان لإلقاء مخلفات المهن والمخلفات الصناعية وأى فضلات أخرى يراد التخلص منها.

ولا يقتصر تلوث المياه على الأنهار والبحيرات فقط، بل أمتد هذا التلوث اليوم إلى مياه البحار والمحيطات، رغم إتساع رقعتها، خصوصاً حول المناطق الصناعية المقامة على شواطئ البحار، وكذلك حول الموانئ الكبيرة التى تتكدس بها مختلف أنواع السفن والناقلات التى تدخل إليها وتخرج منها كل يوم، ولا يوجد هناك انفصال حقيقى بين كل من تلوث الهواء وتلوث الماء، وذلك لأن الهواء الملوث يؤثر كثيراً فى المساحات المكشوفة من الماء، ويلوثها بما يحمله من شوائب وأبخرة وغازات.

وقد تسبب النشاط الصناعى للإنسان خلال القرن الماضى والقرن الحالى فى إطلاق كثير من الشوائب وبخاصة بعض الفلزات السامة مثل الزئبق، الرصاص، والكادميوم، وتنتشر هذه الشوائب فى الهواء على هيئة ليروسول تحمله الرياح إلى كل مكان ويلدوب جزء منه فى مياه البحار.

وبجانب المصادر السابقة للتلوث، فإن الغاز المتصاعد من التجارب النووية ينتشر فى الهواء فى كل مكان ثم يتساقط بما فيه من مواد مشعة على سطح البحار والمحيطات، ويؤثر بذلك فى كيمياء هذه المياه، وفى الأنشطة البيولوجية التى تدور فيها سواء فى المياه السطحية أو فى المياه العميقة<sup>(٣)</sup>.

أما عن تلوث المياه الجوفية فله علاقة بحركة التصنيع وما يلقى من ملوثات فى مياه الشرب كالرصاص، وأحماض الكبريتيك، وحامض الهيدروفلوريك، والفينول والأثير، والأمونيا، كما يؤدى زيادة استخدام

المبيدات الحشرية والفضلات في المياه والنتيجة أن التلوث لا ينتشر فقط في الأنهار والقنوات والبحيرات بل سيمتد إلى المياه الجوفية.

ويعتبر تلوث المياه الجوفية أمر على جانب كبير من الخطورة لصعوبة إجراء أى عمليات خاصة بتنقية هذه المياه، وعندما ينتشر التلوث يكثر التعرض لانتشار الأمراض المعدية خاصة أمراض التهابات الكبد والدوسنتاريا والتسمم الناتج عن بعض الكيماويات غريبة التركيب.

ويمكن حصر مصادر التلوث البحرى فيما يلى:

١- التلوث بتأثير المدن الساحلية وما يتخلف عنها من نفايات صناعية أو مياه الصرف المنزلى أو المياه الحارة بسبب تبريد أدوات إدارة المصانع ومحطات توليد القوى المقامة على السواحل، أو عمليات تموين السفن خاصة فى المدن والموانئ.

٢- التلوث بفعل الطمى بالقرب من مصبات الأنهار.

٣- التلوث بفعل الحوادث الناجمة من غرق ناقلات النفط أو التسرب منها.

٤- التلوث الناتج من انفجار بعض آبار النفط فى قيعان البحار والمحيطات.

٥- التلوث الناتج عن طريق دفن النفايات الذرية أو التجارب النووية فى المحيطات.

٦- التلوث عن طريق قنوات الصرف الزراعى بما تحمله من مبيدات حشرية أو مبيدات للأعشاب والحشائش.

٧- التلوث بعدام السفن التى تجوب البحار والمحيطات خاصة السفن العملاقة الآخذة فى الانتشار

وسنقوم بعرض لنموذج التلوث البيئي وخاصة التلوث عن طريق الإسراف فى استخدام المبيدات الحشرية فقد أدى ذلك فى مجتمعنا المصرى إلى إنقراض بعض الطيور صديقة الفلاح التى كانت تتغذى على بعض الحشرات الضارة.

كما حدث فى المجتمع المصرى عام ١٩٧١، من تسمم ما يقرب من ١٥٠٠ مليون حيوان من ماشية التسمين وذلك لاستخدام تركيبات عالية التركيز لمقاومة دودة القطن وتلوث الماء والخضروات.

كما حدث هذا التلوث أيضاً فى مصر عام ١٩٦٨ وتغرق ما يقرب من ٤٨٣ من الماشية والأبقار بسبب التلوث الناتج من المبيدات المستخدمة لمقاومة دودة القطن .

كما يتأثر الإنسان بهذه المبيدات، فالعمال الذين يعملون بمضانع هذه المبيدات يتأثرون بها بطريقة مباشرة، إما عن طريق الملامسة وإما عن طريق إستنشاق أبخرة هذه المبيدات، كما يتعرض لهذا الخطر العمال الذين يقومون برش هذه المبيدات فى الحقول، كما يتعرض لها أيضاً سكان القرى المجاورة لهذه الحقول.

والأمثلة كثيرة ومتعددة على ذلك ففى قارة آسيا وخاصة فى الهند بلغت حالات التسمم بالمبيدات الحشرية حوالى ١٠٠ حالة عام ١٩٥٨، وحوالى ١٥٠٠ حالة فى سوريا فى أوائل الستينات ٣٣٦ حالة فى اليابان.

ويتأثر الإنسان بهذه المبيدات بطريقة غير مباشرة، فهو يتغذى على النباتات والخضروات والحيوانات ومنتجاتها، ويصل إليه عن طريق الغذاء كل ما يختزن من المبيدات فى أنسجة هذه النباتات والحيوانات، وكل ما يلوث منتجاتها مثل البيض واللبن والزبد ... إلخ.

### ثالثاً: التلوث النووي:

يعتبر التلوث النووي هو أحد الأخطار الجديدة التي يتعرض لها الإنسان فى النصف الثانى من هذا القرن، والتي أصبحت تهدد جميع عناصر البيئة وتهدد حياة الإنسان، وقد عرف الإنسان الآثار المدمرة للإشعاعات النووية فى أعقاب إلقاء القنبلة الذرية على هيروشيما فى ٦ أغسطس عام ١٩٤٥، ثم قنبلة ذرية أخرى على نجازاكى فى ٩ أغسطس من نفس العام، وأدت هذه التفجيرات النووية إلى وفاة عدد كبير جداً من الأفراد يزيد عن ١٠٠,٠٠٠ فرد، كما أصيب عدد كبير من سكان هاتين المدينتين بالنحروق وغيرها من الاصابات، وتوفى بعد ذلك المئات من اثار إصابتهم بالإشعاعات.

وتختلف آثار الإشعاع النووى الموجود فى الهواء الذى يجب ألا يتعرض الإنسان لحد أعلى منه هو نحو ٥ ريم فى اليوم والريم Rem وحدة تستعمل لقياس الإشعاع المحتص، ويجب عدم الاستهانة بالإشعاعات النووية الضعيفة مهما قلت شدة هذه الإشعاعات، فاستمرار التعرض لها قد يؤدي على المدى الطويل إلى الإضرار بصحة الإنسان.

وقد جاء فى إحصائية قامت بها اللجنة الدولية للحماية من الإشعاع أن احتمال الإصابة بالسرطان نتيجة التعرض المستمر لجرعات ضعيفة من الإشعاع يظل قائماً حتى عندما تكون جرعة الإشعاع المحتصة لاتزيد قوته عن «ريم واحد» فلو أن لدينا ٨٠,٠٠٠ شخصاً تعرضوا لإشعاع ضعيف لاتزيد قوته عن «ريم واحد» فإن احتمال الإصابة بالسرطان بينهم ستكون إصابة عشرة أفراد.

ويتعرض الإنسان إلى كثير من مصادر الإشعاع فى حياته اليومية، فقد يتعرض لبعض الإشعاع فى عيادة طبيب الأسنان، أو فى عيادات الطبيب البشرى أو أثناء عمل بعض الإشعاعات السينية فى التشخيص أو فى العلاج.

كذلك يتعرض الإنسان ليلاً ونهاراً للأشعة الكونية الآتية من أغوار الفضاء كما يتعرض للإشعاعات بعض العاملين في المفاعلات النووية وفي صناعة النظائر المشعة، أو في صناعة الساعات المضيئة وبعض الأجهزة المماثلة لها، وكذلك العاملين في بعض المناجم التي تستخرج منها خامات بعض العناصر المشعة مثل الراديوم واليورانيوم.

وسنقوم بمعرض مختصر لأهم مصادر التلوث النووى وذلك على النحو التالى:

#### ١ - التجارب النووية:

تقوم الدول الكبيرة بإجراء التجارب النووية بهدف تطوير أسلحتها الذرية وزيادة قدرتها التدميرية إلى أقصى الحدود، وقد أدى ذلك إلى إنتشار كميات كبيرة من الغبار المشع المحمل بنواجج الإنشطار فى أجواء المناطق التي تجرى فيها هذه التجارب، كما حملت الرياح بعض هذا الغبار المشع ليتساقط فوق الكثير من الأماكن المحيطة بمنطقة التجارب.

ويزداد خطر التلوث بالإشعاعات النووية عند إجراء هذه التجارب أو التفجيرات فوق سطح الأرض لأن ذلك يتسبب فى حمل كميات كبيرة من الغبار المشع إلى طبقات الجو العليا ومنها تنتشر إلى مناطق بعيدة جداً عن موقع الانفجار، ويتصف أغلب النظائر المشعة بأنها نشاطها الإشعاعي يستمر طويلاً، وتقاس مدة هذا النشاط بما يسمى «عمر النصف» كلما زادت مدة عمر النصف زاد الزمن الذى يستمر فيه النشاط الإشعاعي للتظير، فإذا كان لدينا مثلاً جرام واحد من عنصر مشع، وكان عمر النصف لهذا العنصر ١٠٠٠ سنة، فإن الجرام من هذا العنصر يحتاج إلى ١٠٠٠ سنة كى يتحول إلى النصف، وإلى ١٠٠٠ سنة أخرى كى يتحول إلى ربع جرام وهكذا.

ومن أمثلة ذلك أن عمر النصف للكربون ١٤٠ نحو ٥٧٣٠ عاماً،  
ويبلغ نحو ١,٣ بليون سنة للبيوتاسيوم ٤٠٠، ويصل نحو ٥٠ بليون سنة  
بالنسبة لعنصر «الروبيديوم» ٨٧ المشع.

وقد أوضحت الدراسات التي أجريت على سكان جزر مارشال، بعد  
تفجير القنبلة الهيدروجينية في بكيتي عام ١٩٥٤ أن كثير من سكان هذه  
الجزر قد أصبحوا بأورام في الغدة الدرقية نتيجة تعرضهم للنظير المشع اليود -  
١٣١، بعد أن امتصته أجسامهم وتركز في غددهم الدرقية، ولم تظهر آثاره  
المدمرة إلا بعد عدة سنوات.

ولاعتبر التفجيرات النووية التي تجرى تحت سطح الأرض شيئاً آمناً  
فهناك دائماً احتمال تسرب بعض الإشعاعات النووية إلى المياه الجوفية، وقد  
تحملها معها هذه المياه إلى الأنهار والبحيرات وتسبب تلوثها بالإشعاع.

## ٢- محطات القوى النووية:

يزداد إستهلاك الطاقة هذه الأيام على مستوى العالم، وتبدو هذه الزيادة  
بشكل أكثر وضوحاً في قطاع الكهرباء، ولذلك فقد إشتدت الحاجة في  
كثير من الدول، سواء منها الدول الصناعية أو الدول النامية، إلى إقامة  
محطات كبيرة لتوليد الكهرباء حتى تستطيع مجابهة احتياجاتها من الطاقة  
الكهربائية.

ولقد استقر الرأي في كثير من الدول على إقامة محطات لتوليد الكهرباء  
وتعمل بالطاقة النووية بدلاً من المحطات الحرارية التي تعمل بالوقود المعتاد  
مثل الفحم والبتترول والغاز الطبيعي، ولقد إنقسم الناس إلى مؤيدين  
ومعارضين فيما يتعلق بإقامة هذه المحطات.

يضاف إلى ذلك أن المحطات الحرارية تؤدي إلى تلوث الهواء عند

إحراقها للوقود، ويطلق في الهواء كميات ضخمة من غاز ثاني أكسيد الكربون، وكذلك غاز ثاني أكسيد الكبريت، وتشتبك بذلك في تكوين الأمطار الحمضية، كما أن هناك توقعات بنضوب أغلب الوقود التقليدي خلال عشرات السنين القادمة.

### ٣- حوادث المفاعلات:

تعتبر الحوادث التي قد تقع للمفاعلات النووية من أهم عناصر التلوث النووي في النصف الثاني من هذا القرن، وتعتمد شدة التلوث على نوع الحادث وعلى الطريقة التي تنتشر بها السحابة المشعة، وعلى إزدحام المنطقة المحيطة بالمفاعل.

ولا يتم الإعلان عن حوادث المفاعلات في بعض الحالات وذلك حرصاً على عدم إزعاج الجماهير، وتجنباً لإثارة الرأي العام ضد محطات القوى النووية ومن أمثلة تلك الحوادث:

أ- حادث المفاعل النووي في نهاية عام ١٩٨٥ بألمانيا الغربية.

ب- حادث المفاعل النووي البريطاني عام ١٩٥٧.

ج- حادث المفاعل النووي بالولايات المتحدة الأمريكية.

د- حادث المفاعل النووي بالإتحاد السوفيتي (تشرنوبل) عام ١٩٨٦.

وغير ذلك من حوادث المفاعلات التي تم إحتوائها وعدم الإعلان عنها خشية خوف السكان أو التأثير على صادرات تلك البلاد.

وكان من نتائج تلك الحوادث تسرب الإشعاعات على المناطق المحيطة، وإنطلاق سحابة من الإشعاعات، والقيام بترحيل السكان المقيمين بالمناطق

الغريه من هذه المفاعلات، وتلوث المحاصيل، وإمتنع الناس فى أوربا عن تناول كثير من الأطعمة والخضروات ومنتجات الألبان.

ومن المؤسف أن بعض الدول الأوربية قامت بالتخلص من بعض الأطعمة الملوثة بالإشعاع بإرسالها إلى بعض الدول فى آسيا وأفريقيا، وهذا عمل لا يتسم بالأمانة أو الإنسانية، ومما لاشك فيه أن هذا التلوث يؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على الحياة الإنسانية وعلى ظهور الأمراض الخطيرة التى لا شفاء منها.

#### ٤ - النفايات النووية:

بدأت مشكلة النفايات النووية منذ عام ١٩٤٤ مع أول إنتاج للبلوتونيوم فى ولاية واشنطن بالولايات المتحدة، ولا يعرف على وجه التحديد كمية المخلفات النووية الناتجة من مختلف الأنشطة العسكرية، فهذه الأنشطة سرية بطبيعتها ولاشك أن الدول الكبرى التى تضع مئات من القنابل النووية التكنيكية والاستراتيجية لديها فائض كبير من هذه النفايات المشعة يكفى لإحداث تلوث واضح فى مياه كل البحار والمحيطات.

وتقع خطورة هذه المخلفات المشعة، سواء منها الناتج من الأغراض العسكرية، أو محطات القوى النووية، فى أثرها المباشر فى جميع عناصر البيئة المحيطة بها، فلا يمكن تركها مكشوفة فى العراء، كما أن دفنها فى باطن الأرض قد يؤدى بعد فترة إلى تلوث المياه الجوفية وغير ذلك من الأضرار.

وقد حاولت بعض الدول الغربية استخدام الصحراء الكبرى فى شمال أفريقيا لدفن مخلفاتها المشعة، ولكن الدول المحيطة بهذه الصحراء، ومنها جمهورية مصر العربية، اعترضت بشدة على ذلك خوفاً من تلوث المنطقة بالإشعاعات النووية وخوفاً من وصول بعض هذه المواد المشعة إلى المياه

الجوفية التي تقع تحت أراضي كئلى من مصر وليبيا، وتم القضاء على هذه الفكرة فى مهدها<sup>(٥٠)</sup>.

## ٥- التلوث الحرارى:

تنشأ ظاهرة التلوث الحرارى عند وجود فرق ملحوظ فى درجة حرارة المياه بين منطقة وأخرى، أو بين عمق وآخر فى أحد المجارى المائية.

وتنتشر ظاهرة التلوث الحرارى بجوار محطات القوى، وبصفة خاصة بجوار المحطات النووية المستخدمة فى توليد الكهرباء، وذلك لأن هذه المحطات تحتاج إلى كميات كبيرة من الماء لتبريد مفاعلاتها، ولهذا السبب يقام أغلب هذه المحطات بجوار الأنهار، أو على شواطئ البحيرات أو البحار.

وعند استخدام المياه فى التبريد ترتفع درجة حرارة هذه المياه نتيجة التبادل الحرارى بينها وبين الأجزاء الساخنة فى قلب المفاعل النووى، وتصبح درجة حرارة هذه المياه أعلى من درجة حرارة بقية مياه المجرى المائى.

وعندما تكرر هذه العملية يوماً بعد يوم فإن جزءاً كبيراً من مياه المجرى المائى ترتفع درجة حرارته عن الحد الطبيعى، وقد ترتفع درجة حرارة المجرى المائى بأكمله إذا كان على هيئة بحيرة مقفلة.

ونظراً لأن كثير من الأحياء المائية لا تستطيع التكيف بسهولة مع مثل هذه التغيرات الحرارية فإن مثل هذه التغيرات الحرارية، والتي تمثل فروقاً طفيفة فى درجات الحرارة قد لا تزيد على درجتين أو ثلاث درجات مئوية، قد تسبب فى الإخلال بالنظام البيئى المتوازن، وقد تؤدى إلى هجر الأسماك من هذا المجرى المائى، وقتل بعض الأحياء المائية الأخرى التى تعيش فى هذه المياه.

وقد فطن كثير من الدول إلى خطورة هذا التلوث الحرارى على حياة مختلف الكائنات الحية البحرية، فاستندت بعض التشريعات التى تحدد درجة حرارة مياه الصرف الساخنة قبل إلقاءها فى المجرى المائية وألزمت بها المصانع ومحطات القوى، ولهذا نجد أن أغلب هذه الوحدات الصناعية بها أبراج تبريد ضخمة تستخدمها فى خفض درجة حرارة المياه، كما أن بعض محطات القوى قد أنشأت بحيرات صناعية خاصة بها تستعملها فى دورة مياه التبريد.

#### رابعاً: التلوث الضوضائى:

الضوضاء عنصر له أهميته فى قطاع تلوث البيئة، وهو يكون منتشرأ فى كل مكان، ولكنه يتركز بصفة خاصة فى المناطق الصناعية، وفى مناطق التجمعات السكنية التى تزدحم فيها المباني وتكتظ بالسكان.

وتقاس شدة الضوضاء بوحدة خاصة تعرف باسم «ديسيل» Decible ويبدأ هذا المقياس من الصفر حيث تكون الأصوات شديدة الخطورة إلى ١٢٠، حيث تكون الأصوات مسببة للألم.

وتتعدد مصادر الضجيج الذى تعاني منه فى المدن الكبيرة وأحد الأسباب الرئيسية لهذا الضجيج هو الأصوات الصادرة عن عشرات الآلاف من السيارات ووسائل النقل الأخرى التى تجرى فى طرقات هذه المدن، والتى لاتنقطع ليلاً ولا نهاراً، ويضاف إلى هذا الضجيج نهاراً كثير من أنواع الضوضاء الأخرى مثل الأصوات الصادرة من آلات الحفر، وبعض الآلات الأخرى المستخدمة فى أعمال البناء والتشييد، وكذلك الضوضاء الصادرة عن مختلف المحال التجارية، والمحال الصناعية الصغيرة مثل ورش النجارة، والمسابك، ومحال إصلاح السيارات وأجهزة التسجيل، ومكبرات الصوت فى المحال التجارية.

ومن المؤسف أن هذه الضوضاء قد إمتدت إلى المناطق الريفية خصوصاً  
التي بها بعض مصانع الأعلاف والنجارة المجاورة للطرق السريعة والسكك  
الحديدية.

وعلى الرغم من أن هذه الضوضاء تتسبب في إثارة أعصاب كثير من  
الناس وتصيب كثيرين من سكان المدن الكبرى بالإرهاق، إلا أن أغلب  
الناس لا يدركون تماماً الأضرار الناتجة من إستمرار تعرضهم لهذه الضوضاء  
والأصوات العالية، وهم قد يخافون على صحتهم من تلوث الماء، وقد  
يحسون بتلوث الهواء، ولكنهم لا يلقون بالاً إلى الضجيج والضوضاء اللذين  
يحيطان بهم.

وتختلف الضوضاء عن غيرها من عوامل تلوث البيئة من عدة نواح  
أهمها:

١- إن الضوضاء متعددة المصادر، وتوجد في كل مكان، ولايسهل السيطرة  
عليها كما في حالة العوامل الأخرى التي تلوث الماء والهواء، ففي هذه  
الحالات الأخيرة إذا كان التلوث ناتجاً من مخلفات أحد المصانع أغلقنا  
هذا المصنع، أو أزلنا عوامل التلوث الناتجة منه، وينتهي الأمر عند هذا  
الحد، أما في حالة الضوضاء فهي توجد في كل مكان سواء في المنزل  
أو المدرسة، أو في الشارع وتصل إلينا في المكاتب وفي حجرات النوم  
دون أن نعرف مصدرها الحقيقي على وجه الثقة.

٢- يتضح أثر الضوضاء عن غيرها من عوامل التلوث في أنها محلية إلى  
حد كبير، بمعنى أننا لانحس بها إلا بجوار مصدرها فقط، ولاتنتشر  
آثارها أو ينتقل مفعولها من مكان لآخر كما في حالة تلوث الهواء أو  
الماء.

٣- يزول أثر الضوضاء بمجرد تركها أو توقفها، أى أنها لاترك خلفها أثراً واضحاً على البيئة.

وتعتبر الضوضاء الصادرة من آلات المصانع أثناء تشغيلها من أشد أنواع الضوضاء التى قد يتعرض لها الإنسان، وقد تتأثر حاسة السمع لدى كثير من العمال والمهنيين فى هذه المصانع.

ويمكن خفض حدة الضوضاء الصادرة عن أغلب الآلات بطرائق متعددة، وذلك إما بالتحكم فى الآلة نفسها، وذلك بتعديل طريقة عملها، أو بإضافة بعض الأجزاء الجديدة لها التى قد تمتص بعض البضجيج الصادر عنها، وإما بالتحكم فى طبيعة الوسط الذى يفصل هذه الآلات عن آذان العمال المحيطين بها.

#### علاقة التلوث الضوضائى على الصحة العامة:

أثبتت الدراسات التى أجريت على نتائج تعرض الإنسان للضوضاء إلى وجود اضطرابات نفسية وعصبية، وفى أحد الدراسات التى أجريت فى فرنسا حديثاً أن ٧٠% ممن يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية يسكنون فى مناطق تعلق فيها درجة الضوضاء.

وأوضحت الأبحاث العلمية أن هناك علاقة بين الإجهاد الناجم عن شدة الصوت والاضطرابات القلبية، وأن رد فعل التعرض المستمر للصوت الشديد يؤدى إلى تضيق الشرايين وعدم انتظام دقات القلب، وتؤثر الضوضاء فى الإنسان بطريقتين، الأولى بالصمم نتيجة للتلف الذى يحدث للخلايا الشعرية المجهرية التى تنقل الصوت من الأذن إلى المخ، وقد يتسبب انفجار مفاجئ لآلاف من الخلايا لدرجة التدمير الكامل فلايمكن علاجها، والثانية لضعف السمع المزمن نتيجة لتزايد الضوضاء العامة المصاحبة لسكان المدن.

ولقد أصبح تلف الأذن بتأثير الأصوات العالية فى الولايات المتحدة، والأذن عبارة عن جهاز حساس للغاية، ونتيجة لتضاعف الصوت مرة كل عشر سنوات فى هذه الدولة، فالأمل ضعيف فى أن يحتفظ الملايين من العمال بسمعهم سليماً كلياً أو جزئياً؛ ويتسبب تلف إحداهن فى فقدان السمع نهائياً.

كما يقوم العلماء حالياً بدراسة تأثير الصوت على الأجنة فى بطون أمهاتهم فى إنجلترا والولايات المتحدة الأمريكية أن الجنين يتأثر نتيجة لضغط الصوت المرتفع على الأوعية الدموية، بجانب أعراض ضغط الدم والدوار والهلوسة والبارانويا، وتعتبر الضوضاء أحد أسباب أمراض القلب والأمراض العقلية.

إن التأثير الضوضائى على حياة الإنسان يفوق حد الإدراك ويجب الإهتمام بالبرامج التى تعمل على تخفيض الصوت مستقبلاً، وأن النداء من أجل حياة أكثر هدوءاً يجب أن يحترم منا لكى نساعد الآلاف من الهيئات التى تعمل على تحقيق ذلك.

ومن خلال هذا العرض الموجز لآثار وعلاقة تلوث البيئة بالإنسان وما يصيبه من أمراض عديدة تهدده وتهدد مستقبل البشرية، والتى تحتاج إلى تضافر كافة المجتمعات الإنسانية لمواجهة ومحاربة هذا التلوث بكل صورة وأشكاله حرصاً على صحة الإنسان وأدميته.

## خاتمة

يتضح من هذا الفصل العلاقة الوطيدة بين التلوث البيئى وعلاقته بالصحة العامة وانتشار الأمراض بين أفراد المجتمع المحلى والعالمى، وذلك لما تجلبه الملوثات بكل أنواعها لكثير من الأمراض والأوبئة.

ولقد أوضحنا أن أنواع الملوثات كثيرة ومتعددة منها التلوث النووى وما يتركه فى طبقات الجو من إشعاع يؤثر بشكل مباشر على شكل الحياة، بجانب تلوث الزراعة وجذب الأرض، بجانب تأثيره المباشر على صحة الإنسان، والتلوث الضوضائى وانتشار الأصوات فى المدن والقرى والمصانع وما تتركه من أثر على الجهاز السمعى للإنسان، بجانب ما يتعرض له الإنسان من توترات نفسية وعصبية تأثر على القلب والحالة المزاجية للأفراد.

كما أوضحنا أثر تلوث المياه للأنهار والمحيطات والبحار وما يترتب عليها من تلوث للكائنات الحية ونفوقها، وتلوث مياه الأنهار وتأثيره على صحة الإنسان بشكل مباشر كإصابته بالتسمم نتيجة تلوث المياه بالمبيدات الحشرية والقمامة وتسبب فى كثير من الأمراض الطفيلية، بجانب تأثره غير المباشر من جراء تلوث الزراعة والخضار الذى يستعمله ويتغذى عليه.

وبشكل عام نستطيع القول أن التلوث البيئى بكل صوره وأشكاله له تأثير مباشر على الصحة العامة، ويجب تعاون المجتمع العالمى للحد من انتشار هذا التلوث الذى يقضى على البيئة وعلى الإنسان الذى به نمر الأرض وتتقدم المجتمعات..

## مراجع الفصل السابع

- ١- أحمد مدحت إسلام، «التلوث مشكلة العصر»، عالم المعرفة، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٩٠، ص ١٧٩.
  - ٢- محمد عبد الرحمن الشرنوبى، «الإنسان والبيئة»، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨١، ص ١٨٦ - ١٨٧.
  - ٣- أحمد مدحت إسلام، المرجع السابق، ص ٩٩ - ١٠٥.
  - ٤- محمد عبد الرحمن الشرنوبى، المرجع السابق، ص ٢١٤ - ٢١٥.
  - ٥- أحمد مدحت إسلام، المرجع السابق، ص ١٧٩ - ١٩٢.
- وحول التلوث البيئى وعلاقته بالإنسان انظر كل من:
- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، الإنسان والبيئة والتنمية، الخرطوم ١٩٨٢.
- \_\_\_\_\_، الإنسان والبيئة، القاهرة، ١٩٧٨.
- محمود سامى عبد السلام، «الإنسان والبيئة والتنمية» أعمال الحلقة الدراسية عن ظروف البيئة وعلاقتها بخطط التنمية فى الدول العربية، القاهرة، الفترة من ٥ - ١٢ فبراير، ١٩٧٢.
- المجمع المصرى للثقافة العلمية، الكتاب السنوى الثانى والأربعون، ١٩٧٢.
- \_\_\_\_\_، الكتاب السنوى الثالث والأربعون، ١٩٧٣.



## الفصل الثامن

الخدمة الاجتماعية الطبية

في ميدان الدرن والجذام



## الخدمة الاجتماعية ومريض الدرن

يعتبر مرض الدرن Trberculosis من أكثر الأمراض الحادة المزمنة بخلاف الأمراض الأخرى فهو معدى ويصيب الأفراد فى جميع الأعمار، ولكن الإكتشافات الحديثة قد أظهرت إن احتمال الإصابة به أكبر بالنسبة للمسنين، وفى سن ٤٥ سنة فأكثر يعتبر معدل الإصابة بالمرض عند الذكور ثلاث أضعاف ونصف نسبة الإصابة به عند الإناث.

واليوم تتركز الحالات المصابة بالدرن فى المناطق ذات المستوى الإقتصادى المنخفض، وهذا لأن العامل الإجتماعى فى هذه المناطق معرضاً لتفشى المرض.

فالضغوط والتقصير فى النظافة والصحة والفقر وسوء التغذية والتزاحم السكانى كلها تعتبر من العوامل المساعدة على إنتشار الإصابة بهذا المرض<sup>(١)</sup>.

### أنواع الدرن:

ولمرض السل (الدرن) أنواع نذكر منها:

أ - الدرن الرئوى: وهو الذى يصيب الرئة ومن أعراضه.

- ظهور سعال جاف، إرتفاع فى درجة الحرارة، عسر هضم، قي، خمول، ضعف، شعور بالتعب، فقدان للشهية، نقص مضطرب فى الوزن، وخز «شك» فى الصدر، بحه فى الصوت وتهيج فى الحلق، وقد يخرج الإنسان بصاقاً مخاطياً أو مصفر اللون وقد يكون ملوئاً بالدم وقد يحدث نزيف دموى غزير.

ب - الدرن البريتونى: وهو يصيب الغشاء المغطى للأمعاء وجدران البطن

من الداخل ومن علاماته أن يظهر على المريض الهزال والاصفرار والضعف... إلخ.

ج - تدرن الأمعاء: ويحدث عنه تقرحاً في الأمعاء ينجم عنه إسهال شديد وآلام في البطن وهزال... إلخ.

د - تدرن العظام: ومن أهمها تدرن العمود الفقري وتأكله وكذلك التهاب عظام المفاصل مثل الركبة والحرقة.

هـ - اغراج البارد: ويتجمع حول الإصابات السابقة الذكر في أى جهة من أجزاء الجسم.

و - أنواع أخرى منها: تدرن الغدد الليمفاوية، تدرن الجهاز البولي والتناسلي وتدرن المخ... (٢).

وقد يصاب الفرد بالدرن لمدة طويلة دون أن يعلم أو يشعر بأنه مصاب وخلال هذا الوقت تكون أسرته وأصدقائه والمجتمع من حوله معرضين للعدوى بالميكروب (باسيل الدرن).

ولذا تستخدم الهيئات الصحية عدد من الوسائل للكشف عن الحالات غير الظاهرة على النحو التالي:

أ - فحص المخالطين (Contcats) الذين احتكوا بالمريض للكشف عما إذا كانوا أصيبوا بالعدوى أم لا.

ب - وقد أصبح نظام روتيني لإجراء أشعة على الصدر عند الدخول للمستشفيات أو السجون أو المؤسسات الأخرى.

ج - فحص الأطفال في العيادات المتخصصة لرعاية الطفل (٣).

هذا ويشمل العلاج الطبي لمريض الدرن ناحيتين هامتين يكمل كل

منها الأخرى وهما:

أولاً: العلاج على أساس التغذية الجيدة والراحة الكافية ويقصد بها الراحة العقلية والعاطفية والجسمية وكذلك المناخ الجيد والراحة فى مصحة للعلاج أفضل من الراحة بالمنزل.

ثانياً: العلاج الطبى بالعقاقير، والأساليب العلاجية المختلفة، كالعلاج الجراحى والمنزلى والتأهيلي<sup>(٤)</sup>.

**تأهيل الناقهين من الدرن:**

إن طريقة تأهيل مريض الدرن لا تختلف عن غيره من ناقص القدرة إلا فى وجوب توفير رعاية طبية وصحية وإشراف طبي كامل فى مراكز التأهيل ووضع برنامج منظم يكفل إستمرار هذه الرعاية الطبية التى تقتصر فى نفس الوقت ببرنامج الرعاية الاجتماعية. كما أنه يختلف فى إختيار أنواع المهن المناسبة التى تعتمد على الآلة وخاصة الآلات الميكانيكية أكثر من إعتمادها على الجهد البدنى.

ولقد بدأت وزارة الصحة بالتعاون مع الجمعية العامة لمكافحة الدرن منذ عهد قريب بدراسة موضوعات التأهيل لمرضى الدرن أخذاً بالإتجاهات الحديثة برعاية هذه الفئة، وقد كانت هناك عدة عوامل أخرى شجعت على الإسراع فى تنفيذ هذه البرامج منها ما لوحظ أن معظم هؤلاء المرضى كانوا يرفضون وقف الإعانات عنهم ويشيرون الشغب إذا أوقفت، وهذا إلى جانب الصعوبة التى كانت تجدها أقسام الخدمة الاجتماعية فى تشغيل هؤلاء الناقهين بالخارج بسبب عجزهم عن الإنتاج الكامل الذى يتطلبه أصحاب الأعمال وكذلك نقص الإمكانيات التى تساعد على تشغيلهم، كما أن أغلبهم قد تعودوا على الإنكالية والكسل أثناء إقامتهم بالمصحات

(المستشفيات الصدرية) لذلك وضعت السياسة الخاصة بالتأهيل لمرضى الدرن.

ويبدأ التأهيل لمرضى الدرن عقب دخوله المستشفى للعلاج وهو فى هذه الحالة يكون من بين فئتين:

أ - فئة ينتظر عودة كل منهم إلى عمله الأسمى أو مهنته الأصلية بعد العلاج فلا داعى لتأهيله بالمعنى المفهوم ويكتفى بإدماج المريض فى برامج العلاج بالعمل وشغل أوقات الفراغ فى أعمال يدوية وهوايات مختلفة.

ب - فئة لا ينتظر عودة كل منهم إلى عمله الأسمى أو مهنته الأصلية حيث أنها أصبحت لا تتلاءم مع حالته الصحية الجديدة أو المنتظرة بعد العلاج. فهؤلاء يعد إلى تأهيلهم مهنيًا وإن كان تأهيلهم هنا يحتاج إلى:

١ - إشراف طبي دقيق مستمر.

٢ - معرفة تامة من جانب الأخصائي الاجتماعي بالمشاكل الاجتماعية والنفسية الخاصة بالمرضى التى تعترض خطوات التأهيل.

٣ - تحليل دقيق لمقتضيات العمل البدنية وتقدير الطاقة البدنية بصفة مستمرة مع تطور العلاج.

ويخصص لأقسام التأهيل المهني داخل مستشفيات الأمراض الصدرية ورشاً خاصة تجهز بالآلات والخامات الخاصة بالتدريب ويشترط أن تكون هذه الورش قريبة من عتابر المرضى بقدر الإمكان حتى لا يتكبدون مشقة فى الوصول إليها، وقد تبدأ خطوات التأهيل مع المريض وهو على سريريه وتدرج بعد ذلك حتى يصل إلى الورشة. ويعمل المرضى تحت إشراف مشرفين

مهنيون للصناعات المختلفة التى يوجه إليها المريض وبالكيفية والزمن الذى يصفه الطبيب. وتزداد تقدير الطاقة البدنية والزمن الذى ينفذه المريض فى عملية التأهيل بمرور الوقت مع تطور حالته الطبية نحو التحسن إلى أن يحين موعد مبارحته المصححة، وهو فى هذه الحالة يكون أيضاً من بين فئتين:

أ - إما أن يكون قد إستكمل تدريبه المهنى وأجاد المهنة التى تم تأهيله لها فتبدأ مرحلة التشغيل إما بمعرفة الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى أو بالمستوصف التابع له المريض أو بتعاونهما معاً على تشغيله.

ب - أو لا يكون قد إستكمل تدريبه المهنى وفى هذه الحالة يحول إلى أحد مراكز التأهيل المهنى الخارجية لإستكمال هذا التدريب وبعد ذلك يتم تشغيله بمعرفة المركز<sup>(٥)</sup>.

#### الإمميزات التى تمنح لمريض الدرن:

هناك بعض الإمكانيات أو الإمتيازات التى وفرتها الدولة لمريض الدرن إذا ما قورن بغيره من فئات المرضى الآخرين. وهذه الإمكانيات تهدف كلها لرفع المستوى الإجتماعى والصحى للمريض حتى تمر فترة مرضه ويعود إلى المجتمع مواطنًا صالحًا كريمًا منتجًا.

١ - يجوز إنتداب المريض الموظف من جهة عمله للعمل بإحدى وحدات الأمراض الصدرية (مصححة - مستوصف) ويكون هذا الإنتداب على صورتين إما داخلياً أى أن المريض الموظف يعمل بالمصححة مع العلاج الداخلى شأنه شأن أى مريض بالمصححة. أو يكون الإنتداب خارجياً أى أن المريض الموظف يعمل بالمصححة أو المستوصف كأى موظف، آخر ساعات محددة يومياً يعود بعدها إلى منزله ولكن يوضع تحت الرعاية الطبية

وتتقاضى الموظف فى الحالتين مرتبه كاملاً ويحدد صورة هذا الإنتداب اللجنة الطبية المحلية (القومسيون الطبي المحلى) بعد إنتهاء آخر إمتداد لأجازته المستحق له بمهية. ويستمر هذا الإنتداب لمدة سنتين وبعد إنتهاؤها يستنفذ المريض الموظف جميع أجازاته المستحق له بمهية، ويجوز بعد ذلك إنتدابه مرة أخرى لمدة سنتين إذا كانت حالته الصحية تستدعى ذلك (بقرار القومسيون الطبي) ويكشف عليه دورياً خلال ذلك كل ٦ شهور لمعرفة عما إذا كان يعود لعمله أو يستمر فى الإنتداب.

٢ - تعتمد وزارة الصحة سنوياً فى ميزانيتها مبلغاً يخصص للمساعدات الاجتماعية (الإعانات المالية والعينية) لمرضى الدرن.

٣ - تحرص الدولة على معاونة الجمعيات الخيرية التى تعمل فى ميدان الدرن على تأدية رسالتها وذلك بمساعدتها بالإمكانات المادية والفنية.

٤ - تعطى بعض الهيئات أولوية خدماتها لمرضى الدرن ومنها مساعدات الضمان الاجتماعى ومعونة الشتاء وحالات التشغيل بمكاتب الترخيم لأفراد أسرة المريض وغيرها.

٥ - تقوم وزارة الصحة بتعيين الناقهين من مرضى الدرن الذين إستقرت حالتهم الصحية فى بعض وظائفها الخالية بعد إستثنائهم من بعض شروط اللياقة الطبية. كما تعمل كذلك على تعيين زوجات أو أقارب المرضى فى حالة مرض العائل كى يكون بديل له بالأسرة.

٦ - أوجب القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن التأمينات الاجتماعية للعاملين فى القطاع الحكومى وغير الحكومى منح المريض بالدرن تعويضاً يعادل أجره كاملاً طول مدة مرضه إلا أن يشفى أو تستقر حالته إستقراراً يمكنه من العودة إلى مباشرة عمله أو يتبين عجزه عجزاً كاملاً.

٧ - صدور قانون التأمين الإجتماعى الشامل رقم ١٩٧٥/١١٢ والمعدل بالقانون ١٩٨٠/١١٢ إستحقاق الناقهون من مرضى الدرن الذين لا تشملهم أحكام قوانين المعاشات والتأمين الاجتماعى والذين بلغوا سن الخامسة والستين أو لبت عجزهم الكامل معاشاً شهرياً.

٨ - الإستفادة من نسبة الـ ٥٪ المحددة لتشغيل المعوقين بالقانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ والمعدل بالقانون ٤٩ لسنة ١٩٨٢ بالشركات والمؤسسات<sup>(٦)</sup>.

### دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع مرضى الدرن

السل ليس مشكلة طبية فحسب ولكنه يتناول الجهاز التنفسى والكيان العقلى وبيئة المريض المادية والاجتماعية، ولقد قيل - عن حق - إبحث عن المرض فى عقل المريض قبل أن تبحث عنه فى صدره. وبصفة عامة يمكننا أن نلخص دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى الدرن فيما يلى:

#### أولاً: دور الأخصائى الاجتماعى مع المريض وأسرته:

هناك طائفة من المشاكل والظواهر الاجتماعية والنفسية التى يجب أن يراعيها الأخصائى الاجتماعى، والتى تصاحب مرض الدرن أو تحدث نتيجة له، وتضعف من قدرة المريض أو الناقه على التلاؤم الاجتماعى وإستعادة وظائفه الايجابية فى الحياة، أذكر منها ما يلى:

١ - إنقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة إليه نظراً لإرتفاع ميزانية الأسرة بسبب هذا المرض وشراء الأدوية والأغذية الخاصة، يعيش المريض ويشير فيه شتى ألوان القلق والضيق والكرب، وقد يشعر أنه أصبح عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة، فيعتربه شعور بالذنب، وينطوى على نفس قلق مضطربة، وقد تعرقل هذه المشاعر إتمام النقاهاة أو سرعة الشفاء.

٢ - تقيد حركة المريض ونشاطه قد يوحى إليه بأنه أصبح عاجزاً هالكا، وقد تؤثر هذه الأفكار فى نفسه، ويحس بنقص شديد فيزداد عجزه، ويمل الحياة، ومما يزيد من تعاسة الناقة أو المريض عدم وجود الفرص الكافية للعمل الخفيف الذى يشير به الأطباء فى بعض الحالات، فتتراكم الهموم على رأس المريض، وقد تدفق عوامل اليأس على حالته إلى الانتحار.

٣ - كثيراً ما يهتز موقف مريض الدرن بأسرته، وتتأثر علاقاته بأصدقائه، فينتابه الكثير من الحزن والأسى.

٤ - وفى هذا المرض المزمّن يزداد اعتماد المريض على أهله، فيشعر بأنه يرهقهم ويسبب لهم متاعب لا ضرورة لها، وقد يحس بأنه غير مرغوب فيه، وأن رعايته تتعارض مع خططهم الترفيهية وإستخدام وقتهم بحرية وهذا الإحساس يضايقه ويؤلمه.

٥ - وفى الحالات التى تضطر فيها النساء إلى العمل بسبب مرض العائل يحز هذا فى نفس المريض، وقد يرى لحاله ويحتقر نفسه ويحس بأنه تسبب فى أوضاع لم يكن يستسيغها من قبل تحت ضغط الحاجة المادية، ولذا فيشعر بشئ من الذلة والنقص ويحتاج إلى الكثير من العون لينظر لعملهن نظرة قبول ورضا.

٦ - وقد تضطر الأسرة لطلب المساعدات المالية لعدم وجود إمكانيات داخلية يمكن إستغلالها كأن تكون الزوجة أم لعدد كبير من الأطفال الصغار، فيشعر المريض بما يصاحب طلب الإعانة المالية من الذل والعار والفشل . فى القيام بدوره كمائل للأسرة.

٧ - وإذا نتج عن هذا المرض عاهة أصبح الفرد يعاني مشاكل نفسيه خاصة تدور كلها حول الشعور بالنقص للعجز المتخلف (٧).

٨ - وكثيراً ما تضحل إرادة الناقّة من الدرن من أثر هذا المرض وذلك بسبب ضعف (الذات). ويرى هذا الضعف واضحاً فى عجزه عن مراقبة نفسه وتنفيذ القيود العلاجية، فتجده يعمل ضد التوصيات الطبية فيهرق نفسه بالسهر والتدخين أو يتبع أسلوب السكر والعريضة والبلطجة واللامبالاة لاعتقاده أنه فقد الأمل فى الحياة وما عليه إلا أن يمتع نفسه البقية الباقية من حياته بأى طريقة كانت مشروعة أو غير مشروعة. واليأس والشعور بالإضطهاد وراث الذات والصمت والحزن والإنخراط فى البكاء ظاهرة شائعة عند مرضى الدرن.

٩ - وهناك مخاوف أخرى تظهر بالإضافة إلى ما سبق ذكره فى حالات مرضى الدرن منها :

أ - الخوف من الوحدة التى يتصف بها المريض وإبتعاد الناس عنه، إذ كثيراً ما ينظر المجتمع إلى مريض الدرن نظرة اشمئزاز وخوف من العدوى فيعتزل المريض وهو فى أشد الحاجة إلى من يسليه ويسرى عنه همومه. ولذا يعانى الكثير من قسوة المجتمع والفراغ الذى يحيط به نتيجة للمرض ولاضمحلال علاقاته الاجتماعية.

ب - الخوف من إحتمال الوفاة.

ج - الخوف من طول مدة العلاج وإحتمال الفصل من العمل.

د - الخوف من إنتقال العدوى إلى غيره من أفراد أسرته.

هـ - الخوف من الضعف الجسدى.

و - الخوف من عدم إختلاص زوجته له وإبتعادها عنه (٨).

وللأخصائى الاجتماعى دور هام فى معاملة مثل هذه المشاكل والألوان السلوكية النفسية. لأنه الشخص المدرك لطبيعتها، والمقدر لآثارها ونتائجها،

ويجب أن يتعامل مع كل لون منها بالطريقة التي تناسبه، فيكون موقفه من بعض أنواع سلوك الضعف، والخوف، والاستسلام والقلق موقف علاج شخص، فيعطى المريض الفرص للتعبير عن مخاوفه وأوهامه ويتبع ذلك بالشرح والتفسير والتبصير بحقيقة الحالة المرضية، على أن يحذر من إثارة إشفاق المريض على نفسه. أو إشعاره بأنه فى موقف حرج يحتاج إلى العطف، فإن هذه المظاهر توهن عزم المريض وتجسم له مرضه وقد تقف فى طريق تقدمه إلى الصحة الكاملة.

أما فى حالات سلوك ضعف الذات، وإيقاع الضرر بالنفس، فيجب أن يوقظ الأخصائى وعى المريض إلى خطورة ما هو منساق إليه، ويقوى فيه الذات لتصبح أداة للبناء فى الاتجاه نحو الصحة لا أداة للهدم ومضاعفة حالته المرضية.

وعلى العموم يكون موقف الأخصائى الاجتماعى من سلوك هؤلاء المرضى موقف متفهم فيه تمييز لبواعثه وآثاره ونتائجه، على أن يعالج الألوان السلوكية النفسية الضارة ويشجع الأنواع الإيجابية المرغوبة كما يتعين على الأخصائى الاجتماعى مساعدة مريض الدرن أو الناقه على إسترداد مكانته الاجتماعية بعدة وسائل تختلف فى حالة عنها فى حالة أخرى فقد يحتاج إلى العمل مع المريض نفسه أو مع أسرته ومع أمكنة العمل ومع المؤسسات والموارد البيئية للمساعدات وغيرها مما يصح أن يكون له أثر إيجابى فى إحداث تلاؤم الناقه أو المريض فى مجتمعه. ويمكننا أن ندرك ما يسعى إليه الاخصائى الاجتماعى من أهداف إذا تأملنا مجهوداته ومسئوليته الآتية :

١ - تعديل البيئة الخارجية لإستقبال المريض. وقد يستدعى ذلك العمل مع أسرة المريض واستثارة حماسها للاشتراك فى بعض الخطط العلاجية. إذ أن العلاج فى بعض الحالات يتطلب اشتراك الأسرة أو الأفراد القادرين

فى بئمة المرىض فى مراقبة وتنفيذ التوصيات العلاجية. وقد تنهار الخطة العلاجية وتذهب المجهودات المختلفة أدراج الرياح إذا عجزت الأسرة عن فهم حاجات المرىض والعمل على تحقيقها. ومن أمثلة هذه الحاجات الحاجة إلى تغذية خاصة وإلى رعاية طبية دقيقة أو إلى معاملة خالية من الاستنارات الوجدانية أو المواقف الانفعالية العنيفة.

٢ - مساعدة المرىض على لون من الحياة لم يعتده من قبل، وذلك فى حالات التدرن التى ينتج عنها ضعف صحى أو عجز جزئى يقتضى تحديداً فى نشاط المرىض وهذه الأمور قد تستدعى إنقطاع المرىض عن العمل أو إستبدال مهنته بمهنة أخرى أكثر مناسبة لحالته الصحية. وفى هذه الحالات يجب أن يوضح الأخصائى الاجتماعى للمرىض الأسباب التى من أجلها ينصح الطبيب بتحديد نوع النشاط الذى يمكنه تأديته وقد يستعين بالطبيب فى هذا التفسير إذ أن الطبيب يمثل السلطة المهنية وثقة المرىض فى كلامه تجعله يتقبله بسهولة وإطمئنان.

٣ - وقد يترك هذا المرض عاهة مستديمة فى المرىض، وواجب الأخصائى فى هذه الحالات ضرورى وإنسانى، ويجب أن ينصب إهتمامه على ناحيتين أولاهما مساعدة المرىض على تقبل عاهته والتسليم بأمرها أما ناحية الإهتمام الثانية فهى بذل العون الكافى لمساعدة المرىض على التلاؤم فى حدود ما تبقى له من قدرات.

٤ - ومن نتائج هذا المرض أيضاً قلة ثقة المرىض فى قدرته على العمل بالرغم من عدم وجود أساس لذلك، وفى هذه الحالة لابد من موالاته بالتشجيع والتأكيد بإمكانه العودة إلى العمل مع الاستعانة بالطبيب فى الحالات التى يتعذر فيها إقناع المرىض بأن العمل لا يتعارض مع حالته الصحية. وقد يكون مصدر قلة الثقة هو صاحب العمل الذى يعمل لديه المرىض،

ويجب التغلب على هذه الصعوبة باستخراج تقرير طبي يتضمن إكمال صحة المريض وقدرته على العودة لاستئناف نشاطه كالمعتاد، وإذا كان للمريض رغبات يرى الطبيب أو الاختصاصي أنها ليست في صالحه. فلا بد من تصحيح هذه الرغبات وتفهم المريض أنه لا يمكنه الاستجابة لهذه الرغبات أو الموافقة عليها. ومن المعروف أن منح كل الرغبات دون تمييز لا يحل الإشكال بل إنه قد يهدم شخصية المريض الذي يستمرى فرض رغبته باستمرار حتى وإن أضرت به وبغيره، وعلى العكس من ذلك قد ينتج عن التعديل في موقف المريض وحته على النشاط الذاتي انطلاق بعض القدرات الخاصة به التي تجعله أكثر استعداداً لإزالة ما يعترض طريقه من عقبات. ولا يقصر المريض هذا الاتجاه على الموقف المرضى بل يطبقه على ما يستجد من المواقف الأخرى<sup>(٩)</sup>.

٥ - وقد يحول الاختصاصي أسرة المريض إلى إحدى الجمعيات التي ترعى أسر المصدورين أو الحاق الأطفال في مؤسسات للأطفال أو الحصول على مساعدة اجتماعية من المؤسسات الاجتماعية أو مساعدة تشغيلية من العمل وغير ذلك من الخدمات وذلك لتذليل ما يعترض الأسرة من مشكلات.

٦ - ومن أهم واجبات الاختصاصي الاجتماعي كذلك خلال إقامة المريض بمنزله وأثناء فترة النقاهة التأكد من أن المريض يواظب على أخذ الدواء والكشف الدوري، مع العمل على توجيه المريض إلى أهمية تنفيذ تعليمات الطبيب وخاصة فيما يتعلق بتجنب العمل الشاق والتدرج في الأعمال البسيطة إلى الأعمال الأكثر جهداً مع المواظبة التامة على تناول الغذاء اللازم والصحي ويجتنب السهر والمسكرات والمخدرات وعدم الاسراف الجسمي وما إلى ذلك في فترة النقاهة. وما بعدها. عادة ما

تمتد هذه الفترة إلى ثلاث سنوات بعد إتمام شفاء المريض من الإصابة الدرنية كما أن عليه أن ينبه المريض إلى خطورة النكسة التي قد تصيبه بعد الشفاء حيث أن نكسة مرض الدرن يعتبرها الأطباء من أخطر الأمور على صحة المريض وحياته.

٧ - وأخيراً يتعين على الأخصائي الاجتماعي تنظيم النشاط الاجتماعي الثقافي التربوي والفني والرحلات والحفلات بما يرفه عن المريض ويدعم علاقاته الإنسانية بالآخرين ويشغل وقت فراغه بنشاط هادف مستفيداً في ذلك بعمليات وأسس الجماعة.

#### ثانياً: دور الأخصائي الاجتماعي مع المجتمع:

يمكن للخدمة الاجتماعية من خلال طريقة تنظيم المجتمع أن تساهم مع الهيئات الوقائية في إيقاظ وتنوير الرأي العام بحقيقة مرض الدرن وأسبابه وكيفية التغلب عليه والوقاية منه بما تنظمه من نشرات وملصقات ومناقشات وتوجيهات وحملات إعلامية خاصة في المناطق الشعبية والريفية والمدارس والمصانع والهيئات والاستعانة بالوسائل السمعية والبصرية. كما تساهم الخدمة الاجتماعية في رفع مستوى خدمات الأخصائيين والعاملين في هذا المجال عن طريق التدريب قبل العمل أو أثناء العمل وعقد المؤتمرات المهنية لهم للخروج بالتوصيات عن أبحاث وسائل الرعاية ومواجهة الصعوبات القائمة. ويشارك الأخصائيون كذلك في إجراء البحوث العلمية في مجال المشكلات الاجتماعية للدرن في تقييم البرامج الاجتماعية القائمة<sup>(١٠)</sup>.

وسنعمل فيما يلي دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في بعض المؤسسات الطبية التي تتولى علاج الدرن - كما حددته وزارة الصحة بمصر - طبقاً للقرار الوزاري رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ على النحو التالي<sup>(١١)</sup>:

## ١ - دور الأخصائى الاجتماعى فى مستويات الأمراض الصدرية:

١ - إستقبال الحالات الجديدة الإيجابية المحولة من أطباء الوحدة وعمل الأبحاث الاجتماعية الأولية اللازمة بغرض:

أ - تشجيع المرضى على تقبل حالتهم المرضية بإزالة أسباب القلق والخوف وطمأنتهم على مستقبلهم وذلك بشرح مضاعفات المرض ورفع روحهم المعنوية لتقبل العلاج مع تبصير المريض بحالته وأشاعة الأمل فى إمكانية شفاؤه وعودته للحياة الطبيعية.

ب - حل المشاكل الخاصة الذاتية لهم ومساعدتهم على التكيف وتقبل نظم العلاج وأهمية الانتظام فيه وإتباع الإرشادات الطبية.

ج - الكشف عن الحالات التى تحتاج فعلاً إلى رعاية إجتماعية خاصة وعمل الأبحاث الاجتماعية الشاملة البيئية لها بغرض توجيهها إلى مصادر المساعدات والرعاية الاجتماعية المختلفة أو لعرضها على لجنة الإعانات بالمستوصف لاتخاذ قرار بشأنها

٢ - عرض جميع الحالات التى تم بحثها على لجنة الإعانات بالمستوصف بإعتباره مقررراً للنظر فى صرف أو إستمرار أو زيادة أو إيقاف أو عدم أحقية الإعانة للحالة حب التعليمات التى تنظم ذلك.

٣ - الإشراف على عمل كشوف حصر فى الإعانات الشهرية حسب ما يتقرر فى لجان الإعانات وإعتمادها من مدير المستوصف.

٤ - الإشتراك فى لجان توزيع الإعانات النقدية أو العينية والتأكد من إرسال كشوف الصرف بعد الإنتهاء منها خلال الفترة المحددة لذلك إلى الجهات المختصة ومتابعة الحالات التى لا تحضر للمستوصف لصرف هذه الإعانات.

٥ - إجراء الأبحاث الاجتماعية البيئية لمتابعة الحالات المستحقة للمساعدات المالية قبل إنتهاء الشهر المحدد لإنتهاء الصرف.

٦ - متابعة حالات الإعانات بالزيارة المنزلية بصفة دورية لمعرفة تطور ظروفها الاجتماعية والتصرف معها على ضوء ما يسفر عنه البحث الاجتماعي.

٧ - الإنصال بمخالطة المرضى خلال الزيارة البيئية والعمل على حضورهم إلى الوحدة لاتخاذ إجراءات الكشف عليهم.

٨ - وضع خطة التأهيل المهني للمرضى بالإشتراك مع طبيب المستوصف.

٩ - الإنصال بأصحاب الأعمال ووحدات وزارة العمل أو المؤسسات النقابية لحل المشاكل العمالية للمرضى أو تشغيلهم أو أفراد أسرهم لتنمية دخولهم.

١٠ - وضع صورة من البحث الاجتماعي والتتبع بملف المريض الطبي بحيث تحول معه إلى المستشفى.

١١ - توجيه الحالات المترددة التي تحتاج إلى مساعدات مالية أو عينية إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية في البيئة.

ب - دور الأخصائي الاجتماعي في مستشفيات الأمراض الصدرية:

١ - إستقبال الحالات الجديدة المحولة للعلاج بالمستشفى وعمل المقابلة الأولية اللازمة لكل حالة جديدة يتم قبولها بالمستشفى والاطلاع على البحث (المحول معها من المستوصف مع ملف المريض) وخاصة فيما يتعلق بالخدمات التي أدت للحالة ومتابعة الحالة الاجتماعية بالاشتراك مع أخصائي اجتماعي المستوصف.

- ٢ - إجراء أبحاث اجتماعية للحالات التى تحتاج إلى رعاية اجتماعية بغرض صرف المساعدات المالية أو العينية للمحتاج منها سواء عن طريق المستشفى أو المستوصف أو الجمعيات الأهلية أو وزارة الشؤون الاجتماعية أو الهيئات الأخرى المعنية.
- ٣ - المرور الدورى على المرضى بالأقسام الداخلية بغرض التعرف عليهم وتنمية العلاقات بينهم وبين الأخصائي الاجتماعي لمساعدة المرضى على التكيف مع النظم المتبعة للعلاج بهدف الانتفاع بها إلى أقصى حد ممكن.
- ٤ - مقابلة المرضى قبل إجراء العمليات الجراحية التى قد يحتاجها بعضهم وتشجيعهم على قبولها عن طريق ذكر الحالات التى تمت إجراءات العمليات لها بنجاح لإزالة أسباب القلق والخوف.
- ٥ - تنظيم أقسام التأهيل المهني داخل المستشفى والإتصال بمؤسسات التأهيل المهني الخارجية لتحويل المرضى الذين يوصى لهم بذلك إليها.
- ٦ - الإتصال المباشر بأصحاب الأعمال ووحدات وزارة العمل أو المؤسسات النقابية والجمعيات الخيرية أو غيرها التى تساهم فى الرعاية الاجتماعية للمرضى وأسرههم بهدف معاونة المريض للعودة إلى المجتمع عضواً نافعاً من جديد.
- ٧ - حصر موارد البيئة للانتفاع بها لصالح المريض إلى أقصى حد ممكن وذلك بالإشتراك مع وحدات الجهاز السياسى بالمنطقة.
- ٨ - إن إقامة المريض، نظراً لطبيعة المرض، قد تطول، ومنعاً لسأم المرضى أو منعاً من خروج نشاطهم عن غير الطريق السنوى فعلى الأخصائي الاجتماعي أن يوفر كافة الوسائل السليمة لشغل أوقات فراغهم وذلك

بتأسيس أندية اجتماعية وتزويدها بكافة الوسائل اللازمة للتسلية من ألعاب داخلية خفيفة وإذاعة وتليفزيون وصحف ومجلات عن طريق مجلس الخدمات بالمستشفى أو اللجنة الاجتماعية المنبثقة من مجلس الإدارة.

### الخدمة الاجتماعية ومرضى الجذام

الجذام Leprosy من الأمراض المعدية المزمنة التي تصيب أساساً الجلد والأغشية المخاطية للمسالك التنفسية العليا وبعض الأعصاب الطرفية - وقد انتشر الجذام في جميع العصور ويوجد حالياً في جميع أنحاء العالم، ويصل معدل الإصابة في بعض الدول إلى ١٠ في الألف من السكان. والمسبب الأساسي للمرض هو باسيل الجذام. ومصدر العدوى هو الإنسان المريض ويخرج الباسيل مع افرازات الإصابات الجلدية والمخاطية. وطرق انتقال العدوى ليست معروفة بالتأكيد وقد تكون عن طريق دخول الباسيل في الجلد أو الغشاء المخاطي المبطن للجهاز التنفسي العلوي نتيجة الملامسة، ومن العوامل المساعدة على العدوى الإزدحام، وكثرة لدغ الحشرات، وكل ما يصيب الجلد ويقلل من مقاومته، والذكور أكثر استعداداً للمرض من الاناث. وفترة الحضانة أقصر مدة معروفة هي ٧ شهور وعادة من ١٢ إلى ٢٤ شهراً، ويكون المريض معدياً طالما يخرج الباسيلات سواء من قروح الجلد أو الأغشية المخاطية، وأقل الأعمار مقاومة هم الرضع وتزيد المقاومة تدريجياً مع زيادة العمر.

ويتميز من الجذام نوعان:

١ - الجذام الدرني: ويتميز بظهور أورام صغيرة على الجلد وخاصة الوجه وقد تنتشر هذه الدرنات وتؤدي إلى تجمع الجلد وتضخمه.

٢ - الجذام العصبي: ويتميز بظهور بقع على سطح الجلد أقل تلوناً من الجلد السليم، ويفقد فيها حاسة اللمس والألم مثل غرزة الإبرة أو المادة الساخنة، وقد يؤدي هذا إلى ضمور بعض الأعضاء أو أجزاء منها مثل الأصابع واليدين والقدمين والأنف مما يؤدي إلى التشوه الواضح.

ويتم العلاج بأدوية السلفون Sulfone وتستعمل حالياً في كل مكان في العالم ويجب أن يستمر العلاج لمدة سنوات، ويتبع هذا علاج التشوهات بالجراحة.

#### ومن إجراءات الوقاية:

- ١ - التبليغ عن الحالات للإدارات الصحية.
  - ٢ - عزل الحالات في المستشفى أو مستعمرة الجذام، يمكن العزل في المنازل مع الإحتياط الخاص بالنسبة للصغار من المخالطين.
  - ٣ - التطهير للإفرازات والأشياء الملوثة سواء أثناء العلاج في المنزل أو بعد العزل، ولم تظهر فائدة مؤكدة للتحصين بال بى . سى . جى .
  - ٤ - بحث حالات المخالطين وتبعيمهم.
  - ٥ - العلاج النوعي للحالات لمدة ٣ سنوات أو أكثر (١٢).
- الرعاية الاجتماعية ودور الخدمة الاجتماعية:

تنقسم الرعاية الاجتماعية لمرض الجذام إلى خدمات وقائية وخدمات علاجية وخدمات إنشائية وخدمات تشريعية.

#### - الخدمات الوقائية:

وتتضمن حملات التوعية لتوفير الرأي العام والمخالطين للمرضى بطرق الرقابة السليمة مثل تجنب الإزدحام وكثرة لدغ الحشرات وسرعة عزل المصاب.

وإذا عزل بالمنزل يجب أخذ الاحتياطات الشديدة من ناحية التطهير للإفرازات والاحتياطات الخاصة بالمخالطين لتجنب ملامسة المريض عند قروح الجلد خاصة صغار الأطفال. ويقوم الأخصائي الاجتماعي بدور إيجابي في هذا السبيل عن طريق عمله بمستعمرة الجذام أو بقسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفى أو مراكز فحص المرضى وعزلهم أو في قسم الصحة الوقائية بوزارة الصحة.

#### - الخدمات العلاجية:

تتضمن العلاج بالسلفون سواء بالعيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية، وفي سنة ١٩٤٠ أنشأ قسم لمكافحة مرض الجذام بمصر تابع للإدارة العامة للصحة الوقائية بوزارة الصحة، وقد أنشأت ٤٩ عيادة خارجية حتى سنة ١٩٦٢ بمعظم عواصم المحافظات وزود كل منها بمعزل يتسع لعدد ٢٥ سريراً وأربعة فروع موزعة على المراكز المجاورة لتقوم بفحص المرضى وعزل أكبر عدد منهم في مستعمرتين للجذام إحداهما في أبى زعبل والأخرى بالعامرية. وتقوم الخدمة الاجتماعية بدور نشط في هذه المستعمرات سواء فيما يتصل بشخصية المريض أو ما يتصل بأسرته وبيئته الاجتماعية. إذ يتم تحديد أكثر الحالات، إستحقاقاً للرعاية الداخلية بالمستعمرة للمرضى وأسرهم عن طريق المقابلات الأولية، وتحدد مشكلات الأسرة المادية والاجتماعية ومواجهتها في ضوء التاريخ الاجتماعى وتجنيد إمكانيات الأسرة الذاتية وإمكانيات المؤسسة وموارد المجتمع. كذلك يقوم الأخصائى الاجتماعى بدور أساسى فى تأهيل السليبيين من ميكروب المرض مهنيًا وتشغيلهم وتبعضهم بعد خروجهم من المستعمرة حتى يصبحوا مواطنين منتجين. ومريض الجذام يشابه القلق والتعاسة والمرارة والألم من جراء تشويه أجزائه جسمه خاصة وجهه ونفوره الناس منه، والخوف من طول مدة العلاج وأثر ذلك على حالته المهنية

وظروفه الاقتصادية، ويتطرق الخوف أو الرهيم إلى نفسه من جراء العمليات الجراحية، لذلك فهو فى أشد الإحتياج إلى المساندة النفسية والاطمئنان وتوضيح مدى وطأة ظروفه لمرضه والتبصير فيما يخص مستقبله الدراسى والمهنى أو ظروف أسرته. وزيارة الأخصائى للمريض بصفة منتظمة والإفصاح عن هذه المشاعر السلبية وبداية إتخاذ إجراءات التدريب المهنى خطوة إيجابية فى هذا السبيل، كما أن دور خدمة الجماعة مهم فى الترويج عن المرضى وأسرهم داخل المستعمرة وشغل وقت فراغه بنشاط مثمر. هذا وتقوم مؤسسات الرعاية الاجتماعية الأهلية بتوفير الرعاية المادية والاجتماعية وقد تم إنشاء الجمعية المصرية لرعاية مرضى الجذام وأسرهم بالقاهرة وأخرى بالإسكندرية ونأمل أن تنتشر هذه المؤسسات فى سائر محافظات الجمهورية.

#### - الخدمات الإنشائية:

تتضمن رفع مستوى الخدمات القائمة عن طريق تدريب العاملين فى هذا المجال طبياً أو اجتماعياً وإجراء البحوث العلمية الطبية والاجتماعية، وإقامة المؤتمرات وإصدار الكتيبات الإرشادية كأدلة للعمل فى مؤسسات الرعاية أو لأغراض التوعية بأسباب المرض وطرق علاجه.

#### - الخدمات التشريعية:

تتضمن إصدار التشريعات المختلفة التى تؤكد العناية بالمرضى وتنظيم معاملاتهم وتحدد الواجبات عليهم هم وأسرهم. هذا وقد صدر فى مصر القانون رقم ١٢١ لسنة ١٩٤٦ لتنظيم إكتشاف وعزل المصابين بالجذام حماية للمجتمع من هذا المرض ولتأكد العناية بالمرضى<sup>(١٣)</sup>.

## مراجع الفصل الثامن

- ١ - إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي والنفسى، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٠، ص ٢٢٦.
- ٢ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية ط١، القاهرة، مطبعة العلوم، ١٩٦١، ص ص ٩٩، ١٠٠.
- ٣ - إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلي والنفسى، مرجع سابق، ص ٢٢٥.
- ٤ - مختار حمزه، سيكولوجية ذو العاهات، القاهرة، دار المعارف بمصر، ١٩٥٦، ص ٢٠٨.
- ٥ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ص ١٤٤، ١٤٥.
- ٦ - السيد رمضان، إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الفئات الخاصة، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٩٠، ص ٢٩١.
- ٧ - فاطمة مصطفى الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، القاهرة، مطبعة السعادة، ١٩٧٤، ص ص ٦١٤، ٦١٥.
- ٨ - محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، الاسكندرية، ب. ن. ١٩٦٩ ص ٥٤.
- ٩ - فاطمة مصطفى الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص ٦٢٨، ٦٣٢.

- ١٠ - محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، مرجع سابق، ص ٥٨.
- ١١ - أنظر: قرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠، الخاص بواجبات الخدمة الاجتماعية الطبية.
- ١٢ - فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، ط٢، القاهرة، دار المعارف بمصر، ١٩٦٩، ص ص ٢٩٦، ٢٩٧.
- ١٣ - محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للمعوقين، مرجع سابق، ص ٧٧.

## الفصل التاسع

### الخدمة الاجتماعية وأمراض العصر



## الخدمة الاجتماعية وأمراض العصر

### أمراض العصر:

مصطلح أطلقه العلماء أخيراً على مجموعة من الأمراض المستحدثة التي ارتبطت بظاهرة القلق التي انتشرت في كافة أنحاء العالم المعاصر، والإنحرافات المستحدثة كالجنسية الشاذة والإدمان لمساحيق الهيروين وحبوب الهلوسة، وتفكك العلاقات الاجتماعية، والتلوث البيئي.

والسمة المميزة لهذه الأمراض أنها ليست أمراضاً عرفها الإنسان منذ القدم، ولكنها نتاج معاصر وخلق جديد لعوامل مستحدثة بعضها عوامل بيئية كتلوث الهواء للمخترعات الحديثة، وأخرى سلوكية ونفسية واجتماعية انحرفت بسلوك الإنسان لتصبه بالمرض.

وقد عدد تقرير هيئة الصحة العالمية I. H. A.، ومنظمة الفاو F.A.W. هذه الأمراض ما يلي<sup>(١)</sup>:

مرض الإيدز، تصلب الشرايين، ضغط الدم، القولون العصبي، الهريس، قرحة المعدة، الشلل الإرتعاشي، الأنيميا، السكر، البدانة، الاضطرابات العصبية.

وستناول فيما يلي نماذج من هذه الأمراض، مع محاولة إلقاء الضوء على طبيعة الدور المهني للخدمة الاجتماعية في محيط هذه الأمراض.

### الخدمة الاجتماعية ومرضى الأيدز

يعتبر مرض الأيدز Aids من الأمراض الحديثة جداً. والتي لم تعرف إلا في منتصف الثمانينات، وإن كانت تشير التقارير الطبية أن أولى الحالات

ظهرت في الولايات المتحدة عام ١٩٨١، وأكثر من ٣٠٠ ألف فرد أصيب من هذا المرض، توفي منهم بعد خمس سنوات ٢٠ ألف فرد، ويعتبر هذا المرض، مرضاً عالمياً، وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٠، أن أكثر من ١٠١ دولة يوجد بها الأيدز، ويصل إجمالي المصابين به ما بين (٥ - ١٠ مليون) على مستوى العالم. وعلى الأقل (٢ مليون) منهم موجودون في أفريقيا، وما بين نصف مليون في أوروبا، و (٥ مليون) في الولايات المتحدة، كما تشير التقارير أيضاً أن ١٠٪ من إجمالي النساء الحوامل في الولايات المتحدة يحملون هذا المرض. وبالرغم من غياب الإحصاءات الدقيقة حتى الآن، إلا أننا نرى أن مرض الأيدز، يعد أكثر خطورة من الأمراض الأخرى التي تسبب الإعاقات، مثل التراكوما أو الجذام. كما أن هناك حالياً العديد من الدول، التي اتخذت إجراءات طبية وعلاجية أكثر من إتخاذها لأمراض مثل الدرن والجذام وغيرها من الأمراض التي تعتبر من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة. والسبب يرجع إلى طبيعة ظروف مرض الأيدز والذي يؤدي إلى العزل الاجتماعي الشامل وفقدان العمل والتعامل مع الآخرين.

ويحدث الأيدز نتيجة الإصابة بفيروس معروف وهو (HIV) أو Human immunodeficiency Virus، والذي يصيب جهاز المناعة للجسم كلية، وربما يظل المرض لمدة خمس سنوات غير ظاهر، ولكن بمجرد الإصابة، يعتبر جهاز المناعة غير قادراً على الإطلاق، بخلاف الأمراض التقليدية الأخرى مثل السرطان، والسل وغيرها من الأمراض الفيروسية<sup>(٢)</sup>.

### ومن أعراض هذا المرض:

١ - ارتفاع الحرارة مع العرق الليلي الغزير يستمر عدة أسابيع دون سبب واضح.

٢ - تضخم العقد اللمفاوية وخاصة الموجودة فى العنق والإبط وثنية الفخذ دون سبب معروف.

٣ - سعال جاف لعدة أسابيع.

٤ - إسهال ليس له سبب واضح ويستمر عدة أسابيع.

٥ - إعتلال عام فى الصحة وضعف.

ومن طرق إنتقال العدوى:

١ - العدوى عن طريق العلاقات الجنسية:

- عن طريق الإتصال الجنسى بين الرجل والمرأة أو الإتصال الجنسى الشاذ إذا كان أحد الطرفين مصاب.

- تعدد قرناء العلاقات الجنسية.

٢ - عن طريق الدم:

- عند نقل دم من شخص مصاب بالعدوى إلى شخص سليم.

- أو عن طريق الحقن الملوثة التى تستعمل لأكثر من فرد وتزيد معدلات الإصابة بين مدمنى المخدرات الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الوريد بحقن ملوثة.

٣ - العدوى من الأم للجنين:

قد تحدث العدوى من الأم المصابة للجنين أثناء الحمل أو الولادة (٣).

وهكذا تعتبر الممارسة الجنسية الشاذة، من أهم العوامل المسببة للأيدز، وتناول المخدرات وعمليات نقل الدم من حاملى المرض وغير ذلك من عوامل

أخرى. وبالطبع يعتبر هذا المرض من الأمراض الخطيرة بدرجة عالية جداً لأن نهايته الحتمية هي الموت لأنه لم يتم حتى الآن اكتشاف لقاح واحد أو علاج فعال لهذا المرض.

ولانقتصرت آثار الإيدز على الصحة فقط ولكن على كل من الفرد المصاب وأسرته، والتي تواجه تقريباً العزل الإجتماعى كلية من قبل المجتمع. وله أيضاً جوانب إجتماعية أخرى إذ أنه يصيب الشريحة المنتجة فى المجتمع المؤثرة فى التنمية الاقتصادية. ومن ثم، يكشف لنا مرض الأيدز عن دور الأسباب الاجتماعية والتي تؤدى إلى حدوث المرض ذاته، والكثير من حالات الإعاقة والعجز الفيزيقي والنفسي للفرد ولأسرته ككل، نتيجة لنظرة المجتمع والشعور بالخجل الاجتماعى أمام الآخرين، بغض النظر عن أن حامله يشعر بالذنب المباشر نتيجة لحدوث المرض، أو نقل إليه عن طريق غير مباشر<sup>(٤)</sup>.

#### الوقاية ودور الخدمة الاجتماعية:

١ - التمسك بالقيم والتقاليد الدينية والمبادئ الأخلاقية بتجنب العلاقات الجنسية الشاذة والمنحرفة.

٢ - تحرى سلامة الدم قبل نقله.

٣ - تجنب إستعمال الحقن الملوثة.

٤ - عدم تعاطى المخدرات.

والخدمة الاجتماعية كمهنة تمارس فى هذا الميدان الطبى يمكنها أن تقوم بدور وقائى فعال فى هذا النطاق عن طريق القيام بالتوعية الجماهيرية بأسباب الإصابة بهذا المرض وطرق الوقاية مستخدمة فى ذلك عقد الندوات فى شتى القطاعات المختلفة.

هذا بالإضافة إلى ما يمكن أن يقوم به الأخصائي في مجال البحوث والتخطيط، وطبع أدلة للخدمات الاجتماعية الطبية، وتوجيه أسرة المريض لمصادر الخدمات في المجتمع للاستفادة منها أثناء وجود عائلها بالمستشفى، مع الإهتمام بشكل خاص بالعلاج التدعيمى لذات المريض.

### الخدمة الاجتماعية ومرضى السكر

يحدث مرض السكر نتيجة عجز الجسم عن الاستفادة من السكر في توليد الطاقة بسبب نقص الأنسولين أو عدم استطاعة الجسم استغلال ماله فيه منه بصورة طبيعية مما يؤدي إلى تجميع السكر بالدم إلى أن يصل إلى درجة يتسرب فيها إلى البول عن طريق الكليتين فينتج عن هذا زيادة نسبة السكر فيه ولذلك يطلق على هذا المرض أحياناً «البول السكرى».

ويرتبط هذا المرض باسم عالمين هما بانتنج وبست اللذان اكتشفا هرمون الأنسولين عام ١٩٢١، وقد ظن عقب هذا الاكتشاف أنه قد بدأ عصر السيطرة التامة على هذا المرض ومعرفة كل أسرارهِ ولكنه ما زال الأمر بعيداً. فبالرغم من تقدم العلاج الطبى فيه فإن مسببات المرض ما زالت بحاجة إلى المزيد من البحوث العلمية التى توضح للبشرية بصورة جازمة الإجابة على مثل هذا السؤال مما سبب. مرض السكر وكيف تتقيد أو نشفى منه أو حتى نعيش به بدون متاعب أو مضاعفات؟.

والثابت علمياً فى الوقت الحاضر أنه ليس بالوراثة فقط يصاب الإنسان بالسكر، وقد أظهرت الإحصاءات الحديثة أن الثلث فقط من مرضى السكر يصاب فيه أحد أفراد العائلة بالمرض، وبمعنى آخر أن ثلثى مرضى السكر لا يوجد بين أفراد العائلة الآخرين من هو مصاب بمرض السكر.

أن المسلم به أن تصرفات سلوكية وقيمية وأعراض نفسية تؤدى إلى

التمهيد للإصابة بهذا المرض، فزيادة وزن الإنسان عن المعدل الطبيعي تعرضه للإصابة بمرض السكر، وكذلك قلة الحركة أو الإسراف فى تناول بعض الأدوية وخاصة بدون توصية الطبيب بها، كما فى حالة تعاطى الكورتيزون والأدوية المدرة للبول. أن الغدة فوق الكلية (الغدة الكظرية) تفرز القليل من مادة الكورتيزون فى الجسم، ومفعوله على عكس مفعول الأنسولين، فإذا تناول الإنسان مقادير كبيرة من هرمون الكورتيزون ساعد ذلك على تعرضه للإصابة بالمرض، والظروف الاجتماعية والأنفعالات النفسية الشديدة قد ثبت أن لها دورها فى التمهيد للإصابة بالمرض حينما يكون الإنسان مستعداً جسمياً لذلك<sup>(٥)</sup>.

وفى الواقع، مرض السكر مرض خبيث يتمكن فى الجسم تدريجياً بحيث لا يشعر به المريض إلا عند تمكنه منه وظهور المضاعفات المختلفة ما لم تكشفه الصدفة أو التقدم التلقائى للكشف الطبى. ومضاعفات هذا المرض خطيرة قد تسبب الوفاة- ومرضى السكر عادة ما يكونون قلقين سريعى الاستثارة والاكتئاب. كما يصاحب مرض السكر مضاعفات ذات أثر نفسى سئ مثل الإضطراب الجنىسى والنفسى مما يؤثر على سلوك المريض وتصرفاته وتكيفه الاجتماعى مع البيئة التى يعيش فيها، وإذا أضفنا إلى ذلك أسلوب العلاج والحرمان الشبه دائم من أنواع معينة من الغذاء. كل هذا يشكل للمريض السكر أعباء نفسية عديدة تطبع سلوكه بطابع الضيق والتبرم وفقدان الإئتران بل قد يلجأ إلى التعويض بالإندفاع نحو بعض التصرفات الشاذة أو المخالفة الإرادية للبرنامج الغذائى المقرر له<sup>(٦)</sup>.

وبالطبع، رغم العلاجات الحديثة لتعويض الأنسولين وتنشيط البنكرياس بواسطة الأنسولين حقناً وأقراصاً، إلا أن تنظيم الطعام يعتبر أساسياً للعلاج من هذا المرض. وتؤكد البحوث بأن مرض السكر وراثى لم يعد فى هذه الحقيقة

شك، ولكن الوارث لمرض السكر يحتاج للسمنة حتى تتحول إلى مرض، وقد ثبت أيضاً أن الوارث لمرض السكر إذا نقص وزنه بمقدار ١٠ ٪ من الوزن والطول المثاليين في سنه وجنسه فلن يصاب بالمرض<sup>(٧)</sup>.

### دور الأخصائي الاجتماعي الطبي:

يستطيع الأخصائي الاجتماعي الطبي أن يسدى عوناً كبيراً لمرضى السكر في مجال الوقاية والتنظيم المعيشي للمرض، وإتباع خطة العلاج الطبي التي يقررها الطبيب. مستعيناً بالأخصائي في ذلك باستراتيجيات وتكنيكات خدمة الفرد، وخدمة الفرد، وخدمة الجماعة، وطريقة تنظيم المجتمع<sup>(٨)</sup>.

١ - أما بخصوص خدمة الفرد فمرضى السكر، شأنه في ذلك شأن بقية المرضى بأمراض يتطلب علاجها استقراراً نفسياً واجتماعياً خلال فترة العلاج الطويلة وبعدها أيضاً، يحتاج لمجهود الأخصائي لتذليل الصعوبات التي تعترض سبل تجاوبه مع الخطة التي أقرها الطبيب لعلاجها وخاصة فيما يتعلق باتباع النظام الغذائي والعلاجي المطلوب.

وهناك حالات كثيرة تكون في أمس الحاجة للمساعدات المادية والإرشادية لا للمريض فحسب بل ولأسرته أيضاً.

٢ - يعد حصر المرضى وتبويب الحالات من أئزم الأمور في هذا المرض، وفي بعض الحالات تكون هناك ضرورة ملحة لعمل بطاقات خاصة بكل مريض تنفيذ في هذا التتبع وفي إسعافه عند الضرورة. ومن هذه الحالات التي يجب على الأخصائي الاهتمام بها الحالات المرضية التي يكون المرضى فيها مصابين - بجانب البول السكري - بأمراض أخرى وخصوصاً الأمراض التي تؤثر على الأوعية الدموية كارتفاع ضغط الدم،

والتهابات الكليتين المزمنة، وإتفاع ضغط العين وما إلى ذلك.

وبالطبع، تستدعى مثل هذه الحالات قيام تعاون وثيق بين أعضاء الفريق العلاجي المكون من الطبيب والممرضة وأخصائية التغذية وأخصائي العلاج بالعمل والأخصائي الاجتماعي وغيرهم ممن تستدعى خطة العلاج الطبي الاستعانة بهم من الأخصائيين.

٣ - نظراً للارتباط الوثيق بين خطة العلاج الطبي الموضوعة لصالح المريض والعمل الذى يؤديه فإن الأخصائي قد يجد أن ظروف الحالة تحتاج إلى الإتصال بجهة العمل لانتخاذ التدابير التى تعين على استمرار المريض فى العلاج وعدم تعرضه لأخطار المهنة.

٤ - ومن أساليب خدمة الجماعة الناجحة فى هذا المرض عقد الاجتماعات الدورية للمرضى وأسرهـم لمناقشة المشكلات الأساسية الخاصة بهم، وكثيراً ما تسفر هذه الاجتماعات عن نتائج إيجابية تجعل المرضى وأسرهـم يقبلون فى اقتناع على متابعة العلاج وتنظيم الغذاء والحياة المعيشية، ويستعين الأخصائى فى هذه الاجتماعات الدورية ببعض الأطباء وأخصائي التغذية وغيرهم.

٥ - وأخيراً، على الأخصائي الاجتماعي الطبي أن يدخل فى إعتباره فعالية المتاعب والاحباطات النفسية التى يتعرض لها مريض السكر والتى قد تجعله يتمرد أحياناً على الخطة الموضوعة لعلاجـه والتى يتولى بنفسه مسئولياتها.

وسنـجمل فيما يلى دور الأخصائي الاجتماعي الطبي فى محيط عيادات السكر كما حددته وزارة الصحة طبقاً للقرار الوزارى رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ على النحو التالى<sup>(٩)</sup>:

١ - يقوم الأخصائى ببحث جميع الحالات من الوجهة الاجتماعية بحثاً مفصلاً.

٢ - تتبع الحالات للتأكد من الاستمرار فى نظام العلاج الغذائى وحصر من تحسنت شكواه وهل ينفذ تعليمات العلاج الغذائى أم لا ؟.

٣ - تتبع الحالات من الوجهة الاجتماعية.

٤ - القيام بالتوعية الصحية للمترددى على العيادة.

٥ - التوعية الصحية لأسر المرضى.

٦ - الإلمام بأعمال التمريض والعمل والعلاج الدوائى الخاص بعيادة السكر والتي تتعلق بالتوعية الصحية والاجتماعية حتى تكون الأخصائية الاجتماعية على استعداد للرد على استفسارات المرضى وذويهم بقدر الإمكان.

### الخدمة الاجتماعية ومرضى السرطان

السرطان مرض عادى، ومع ذلك فإنه من أكثر الألفاظ إثارة للرعب، والانقباض للنفس البشرية فللكلمة «السرطان» قد أصبحت فى كل فروع الطب وسواساً يسمى «وسوسة السرطان» أو «فوبيا السرطان».

ومن علامات الإنذار الرئيسية للإصابة بهذا المرض والتي يمكن عن طريقها تشخيص ما يلى:

١ - ظهور أى ورم فى أى جزء من الجسم.

٢ - ظهور إفرازات أو نزيف غير طبيعى فى أى جزء من الجسم واستمراره فترة طويلة بدون إستجابة للعلاج.

٣ - ظهور قرح مزمنة في الجلد أو الأغشية المخاطية في الفم وغيرها.

٤ - تغير مفاجئ في وحمة أو زوائد جلدية سواء بالنمو أو تغيير اللون.

٥ - استمرار أعراض مزمنة مثل سوء الهضم بدون استجابة للعلاج.

٦ - وسائل تشخيص السرطان تكمن أساساً في الكشف الطبي عند ظهور أعراض مشتبها فيها. وللطبيب وسائل أكاديمية كثيرة للكشف والتعرف على الإصابة السرطانية. وفي هذه الرحلة يلجأ الطبيب إلى العديد من الوسائل والبحوث الطبية مثل:

الأشعة - المناظير - استعمال الموجات فوق الصوتية - والتصوير الحراري وغيرها من الوسائل المستخدمة للتحقق من إصابات السرطان.

وعلى الرغم من كل ما يشهده من مجهودات الجهد من إتش.إس. هذا المرض إلا أن مشكلته في إتساع كل عام حتى في أرقى الدول المتقدمة فتظهر كمرض القلب يصيب الناس في منتصف العمر غالباً وخاصة المتقدمين في السن. والإصابة بالسرطان مطلقة في الرجال والنساء اللاتي يمتن من السرطان يكون الشدي والرجم أكثر الأماكن إصابة بالمرض في حين يأخذ سرطان الرئة والمعدة نصيباً أكبر بين الرجال.

والأورام التي لا تقتصر على الجسم أو تنفك بالآورام الحميدة مثل الأورام الدهنية ويكمن خطر الأورام الحميدة في ضغطها على أعضاء أخرى فتعطل وظائفها. أما عندما تنتشر الأورام إلى أجزاء أخرى من الجسم يطلق عليها اسم الأورام الخبيثة. أو السرطان ويكمن خطر السرطان في أنه لا يتوقف على النمو ولا ينمو بين الخلايا الطبيعية فتحسب نيب ولكنه يفتق على الخلايا ويحتل سرطان الجهاز الهضمي مكانه الأول في الإصابة بالخطر في العالم -

إن صورة أسباب مرض السرطان ما زالت مهزوزة عند أغلب العلماء  
فيرى البعض أن كثيراً من أنواع السرطان تنتج من التهيج المستمر لفترة طويلة  
دليل على أن الجروح العادية وبعض الأمراض المزمنة قد تؤدي للإصابة  
بالسرطان، ولذا يحذر الأطباء من تعرض الشامات (الحسنة) والثآليل (الكلو)  
لتهيج المستمر وذلك عن طريق الاحتكاك بأمواس الحلاقة وغيرها، كما  
يحذر أطباء الأسنان من الأسنان المكسورة أو أطقم الأسنان الصناعية غير  
المريحة في الفم.

وهناك بعض الأدلة على أن التعرض للكثير من الإشعاعات يمكن أن  
تنتج عنه الإصابة بالسرطان فتعرض الجلد للكثير من الشمس، خصوصاً  
الشمر والبيض من الناس - يجعلهم معرضين للإصابة بالسرطان فالبحارة  
والفلاحين تكثر إصابتهم بالسرطان في المواضع المعرضة للشمس كالوجه  
والأيدي والرقبة أكثر من غيرهم من الناس، والزنوج معرضون للإصابة أقل  
من البيض لأن جلودهم تستطيع التخلص من كمية كبيرة من الأشعة فوق  
البنفسجية التي هي في اشعاعات ضوء الشمس، والتعرض لأشعة إكس بكثرة  
ولمدد طويلة يمكن أن يسبب سرطان الجلد والدم (اللوكيميا) بين أخصائيي  
الأشعة الذين لا يأخذون الاحتياطات الكافية عندما يعملون بها. والتعرض  
لإشعاع الراديوم دون حرص له خطره فقد توفي نتيجة لذلك مجموعة من  
عمال أحد المصانع الذين كانوا يعملون في طلاء وجه الساعات بمادة مشعة،  
وقد كانوا يمللون أطراف فرشاهم بشفاهم في أثناء العمل فابتلعوا كمية من  
الراديوم بالقدر الكافي الذي جعل قليلاً منه يستقر في عظامهم فأصيبوا  
بسرطان العظام.

كما لوحظ أثر بعض الكيماويات في إحداث أنواع خاصة من السرطان  
عند بعض عمال الصناعات مثلاً إصابة منظفي المدخن في إنجلترا بسرطان

الجلد وكثرة الإصابة بسرطان المثانة عند بعض العمال الذين يشتغلون بالصباغة، وهذا هو الحال بالنسبة لكثير من الكيماويات مثل (القرار) الرفت والكيروسين والاسفلت والزرنيخ والأتروجين وبعض المركبات الأمنية العضوية.

ولتباين علاقة السرطان بالتدخين قامت جمعية السرطان الأمريكية بدراسة عادة التدخين وخرجت من ذلك بأن نسبة الوفاة بسرطان الرئة كانت عالية بين مدخني السجائر وضئيلة بين غير المدخنين، ويعتقد بعض العلماء أن هناك علاقة بين بعض الكائنات الحية وبعض أنواع السرطان فإن إصابة عدد كبير من المصريين بسرطان المثانة قد يرجع إلى دودة صغيرة منتشرة في مصر توجد غالباً في الجهاز البولي (البلهارسيا) ومن المفارقات الغريبة أن بعض العوامل التي عرف عنها أنها تسبب السرطان تستعمل نفسها في علاجه والتعرض لكثير من الإشعاع يسبب السرطان ولكن إذا استعملت الأشعة استعمالاً دقيقاً فإنها تكون سلاحاً قوياً ضد المرض، وهناك مادة كيميائية لإحداث الإصابة بسرطان الرئة في الفئران أصبحت تستعمل في علاج سرطان الجلد والدم (اللوكيميا) في الإنسان.

والحقيقة المعروفة عن أن التوأمين المتطابقين يصابان بالسرطان في نفس المكان في كل منهما، تدل على إستعداد الخلية للثورة يتأثر بالجينات حاملة الصفات الوراثية. ولكن من الحقائق المؤكدة أيضاً أن هناك أسباب أخرى كثيرة مسئولة عن نشأة المرض وتطوره بجانب عامل الوراثة أو الحساسية. ومن المعروف أن هرمونات الغدد الصماء تؤثر في أنسجة الجسم ولها علاقة بتطور السرطان واستئصال المبيض عند المرأة يقلل كثيراً من نسبة الإصابة بسرطان الثدي، واستئصال الخصيتين في الرجل يوقف سرطان البروستاتا ويوقف انتشار السرطان للعظام والأنسجة الأخرى.

وقد أمكن الآن إيقاف نمو سرطان البروستاتا مؤقتاً بالحقن بالهرمونات الأنثوية بعقار سيتلبسترول Stilbestrol، وقد استعمل هرمون الذكر فى علاج سرطان الثدي عند الاناث، ورغم أن النتائج مشجعة فحتى الآن لم يكتشف بعد العلاج الشافى.

وعموماً، ما زال العلاج بالجراحة والإشعاع هما الآن الطريقتان الوحيدتان المعترف بهما فى علاج السرطان ويساعد فى ذلك بعض الشئ العلاج بالكيماويات (العقاقير الطبية) خاصة فى حالة سرطان الدم فى الأطفال فلا المراهم ولا الدهانات ولا الأقراص ولا الحقن يمكن أن تكون ذات نفع كما يزعم أديعاء الطب الجهلاء الذين يتسببون فى تأجيل العلاج الصحيح الناجح حتى تفوت فرصة الاستفادة منه ويتسببون فى ضياع الأموال التى تكون أسرة المريض فى أشد الحاجة إليها.

ولقد ثبت أن الاكتشاف المبكر للسرطان مع العلاج الفورى هو أنجح طريقة لعلاج السرطان وتظهر هنا ضرورة القيام بحملات التوعية التى تؤكد ضرورة القيام بالكشف الطبى الدورى المنتظم، ويلعب الأخصائى الاجتماعى دوراً رئيسياً فى ذلك بعد أن يتشقف ثقافة طبية مناسبة بحقائق هذا المرض العضال. ولكن التذكير فى الكشف عن السرطان وعلاجه لا يمكن وحده أن يحل المشكلة إلى أن يحل العلم وسائل أكثر فاعلية فى تشخيص وعلاج والوقاية من المرض.

واستئصال أورام السرطان بالجراحة يجب أن يكون استئصالاً كاملاً فترك خلية سرطانية واحدة يمكن أن تبدأ المأساة كلها من جديد، وهنا تبدو أهمية الكشف المبكر عن أورام السرطان قبل أن يتشعب ويتعذر إستئصاله، والجراحة مفيدة فى حالة سرطان الرئة والمعدة والبنكرياس. واستئصال أجزاء من المخ والجهاز العصبى. وإذا تعذر استئصال الأورام المحلية استئصالاً كاملاً، يتم

تدمير خلايا السرطان المتبقية باستخدام أشعة إكس والراديوم. وقد حلت أجهزة دقيقة محل الجهاز القديم لأشعة إكس وتستعمل الآن النظائر المشعة للكوبلت وغيره من العناصر فى العلاج والتشخيص معاً.

ونظراً لفساد تكاليف الراديوم (٩,٥ جرام ثمنها ٢٠٠ ألف دولار) يستخدم زرع ابر الراديوم فى مكان السرطان ثم تنتزع من المرضى وتستخدم من جديد.

### الرعاية الاجتماعية ودور الخدمة الاجتماعية:

للأسف لا يوجد بمصر حتى الآن نشاط اجتماعى أهلى لرعاية مرضى السرطان رغم خطورة هذا المرض وآثاره القاسية جسدياً ونفسياً ومادياً واجتماعياً، ولا شك أن الحكومة يجب أن تأخذ دور قيادى فى الرعاية الاجتماعية خاصة فى الدول المتخلفة ولكن هذا لا يعنى عدم وجود خدمات أهلية نظراً لمرونة النشاط الأهلى وسرعة تنفيذه للخدمات والحاجة للمساندة الشعبية مادياً وأدياً لجهود الحكومة لما هو موجود بالنسبة لمرضى الدرن والصم والبكم والمكفوفين وغيرهم.

ودور الخدمة الاجتماعية مع مرضى السرطان له طابع خاص. فشعور الأخصائى الاجتماعى العلبى إزاء هذا المرض مختلف عن شعور سائر الناس. إن الموقف المهني للأخصائى الاجتماعى يتطلب منه أن يرى المريض كفرد يواجه موقفاً يهدد سعادته وراحته واطمئنانه لا كضحية تستحق الرثاء لمرضى غير قابل للشقاء.

وبما أن فاقد الشئ لا يعطيه لذا فالأخصائى الاجتماعى يجب أن يحلل شعوره بضبطه إزاء الألم والتشويه والعمليات الجراحية ورؤية الدم والموت حتى يستطيع أن يواجه شخصية المريض نفسه. كشخص يحتاج للمساندة العاطفية

والإيجابية، مع إزالة الحواجز السيكلولوجية والمشكلات المادية والاجتماعية والخاوف والأوهام. التي تعوق إنطلاق قدرة المريض وتجنيد لها وبدون ذلك يصبح الأخصائى الاجتماعى نفسه محتاجاً للمساندة النفسية لذا يجب على الأخصائى أن يسأل نفسه هذه الأسئلة:

ما هو شعوره عندما يعلم أن عميلاً مريض بالسرطان؟.

هل يستطيع النظر إلى مكان الإصابة إذا أبدى المريض رغبة فى عرضها عليه؟.

هل يشعر براحة فى تشجيع العميل للتحدث عن شعوره لزاء مرضه؟

هل يميل إلى مشاهدة بعض النماذج التوضيحية لمرض السرطان؟

هل يفضل الإستماع لمحاضرة فى موضوع آخر عن محاضرة فى السرطان؟

هل يميل إلى قراءة معلومات أن نشرات عن هذا المرض؟

هل يمانع فى زيارة منزل به مريض بالسرطان؟

هذا مع العلم أن نقص المعلومات أو خطأ المعلومات عن هذا المرض غالباً ما تكون سبباً رئيسياً فى المشاعر السلبية للأخصائى الاجتماعى.  
هل من الأفضل أن يعرف المريض حقيقة مرضه:

لكل فرد أسلوب حياة Style of life أى طريقة خاصة فى مواجهة المشكلات، وهذا الأسلوب يتوقف على التكوين الجسمى والنفسى والعقلى والاجتماعى وهو حصيلة تفاعل معطياته الوراثية والبيئية. فالبعض يهول والآخر يهون وثالثاً ينسحب وينطوى ويملوه اليأس. والشكوى والبكاء ورابع يهرب من الواقع وخامس يواجه وسادس يخادع أو يمكر أو يتكل على غيره بشكل طغلى ... إلخ.

وإجمالاً فإن أسلوب الحياة وهو حصيلة نظرة المريض الحاضرة والوراثية والمستقبلية.

وإذن معرفة المريض أو عدم معرفته أساسها أسلوب حياته وفكرته عن نفسه ومرضه ودوافعه. فمعرفة المرض في بدايته بالنسبة لبعض المرضى أمر ضروري ولكنها قد تكون ضارة للبعض الآخر. وطبعاً لا بد أن يعرف المريض مرضه في وقت من الأوقات ولكن المقصود هو حمايته من وقع صدمة اكتشاف المرض. ويجب أن يراعى الأخصائي فردية المريض ونموذج شخصيته فلكل مريض مشاكله الخاصة التي يجب أن تدرس على حدة ومنه يقدر آثار صدمته للتشخيص. ومن المعلوم أن تشخيص أى مرض قد يثير أفكار ومخاوف سابقة في المريض عن السرطان، والسرطان بالذات مرض مخيف ومعرفة أسبابه وعدم كفاية طرق علاجه وإنهاء حالات كثيرة بالوفاة تزيد من هذه المخاوف. والمريض الخائف المرعوب يجعل علاقة من يتعاملون معه من الهيئة الطبية مقيدة. لذلك كانت حاجة المريض إلى طريقة خدمة الفرد كبيرة لمعرفة معنى المرض بالنسبة له ومدة بالخدمات المادية والاجتماعية والنفسية في أسرع وقت ممكن والتي يتيح له علاجاً أفضل وتقلل من أثر ما يعانيه.

#### الحالات الميئوس منها:

هذه الحالات تتطلب مهارات أكثر من جانب الأخصائي الاجتماعي إذ أن غالباً ما يكون هؤلاء المرضى قد عاشوا فترة طويلة بهذا المرض. وأنهم الآن يعانون من أعراض سابقة وكونوا إيجابيات ثابتة من الصعب تغييرها إزاء مرضهم. وقد يكون من بينهم من أمكنهم تقبل مرضه والتكيف له وكثير منهم تزداد مخاوفه في الوقت الحاضر وفي حاجة ماسة لمساعدة الأخصائي، وفي كثير من الحالات لا يحتاج الأمر إلا للإصغاء الجيد من جانب الأخصائي وزيارتهم بانتظام وتقديم المعونات اللازمة لهم. وقبل وأهم من

ذلك كله تغيير شعور الصد والتبذ والإهمال من جانب المشتركين في علاجه وذلك لمعرفة أنه لا جدوى من خدماتهم له فيهمملونه . وفي ذلك يقول مريض، «لم يزرنى الأطباء منذ أسابيع، وكنت أظن أنك (الأخصائي الاجتماعي) لن تزرنى أيضاً، إن المرض الطويل مزلة والحالات التي نهايتها الموت عبء كبير على النفس والناس، إننى هنا الآن منذ بضعة أيام وكل ما يطلب منى هو التنقل من مكان لآخر ولا يفعل معى الأطباء أو غيرهم شيئاً.

### المشاكل التي تواجه مريضى السرطان:

لمعرفة مشاكل المريض ومساعدته إزائها فإنه يفيد الأخصائي معرفة:

- ١ - هل تأخر المريض فى العلاج؟
- ٢ - ما معلوماته السابقة عن المرض وأسبابه؟
- ٣ - وماذا كانت نتائجها؟ ماذا كان رأى من عرض عليه حالته ممن حوله؟
- ٤ - ماذا تعرف أسرته عن حالته؟ ما هو شعوره إزاء أمراض سابقة وإزاء تجاربه السابقة وإزاء الأطباء؟
- ٥ - ما هى حالته المالية وظروفه الاجتماعية؟
- ٦ - وكيف يرى تأثير المرض على حالته من هاتين الناحيتين؟

وغير ذلك من بيانات التاريخ الاجتماعى والمريضى.

ولفهم شخصية المريض قد يهم الأخصائي الاجتماعى أن يعرف أن المريض يتخذ وسائل دفاعية غالباً ما تلاحظ بين المرضى وخاصة مريضى السرطان ومن هذه الوسائل الإنكار أى التصرف على أنه ليس مريضاً بل وفى شئ من البالغة والكبت ويظهر فى محاولات أبعاد فكرة المرض عن شعوره وتجنب سيرة المرض أو الأقل من آثارها والتغاضى عنها ومن المقابلات الأولى يمكن للأخصائي الاجتماعى أن يقدر مبلغ تقبل المريض للعلاج المقترح

واكتساب ثقة المريض حتى يقل أثر العوامل التى تعوق قدرة المريض لتقبل العلاج بكل ما يشتمل عليه من الناحيتين النفسية والجسمية.

وأهم مشاكل مرضى السرطان ثلاث:

١ - الحصول عل العلاج الطبى الكامل.

٢ - المشاكل البيئية التى يسببها المرض.

٣ - المشاكل النفسية التى تنتج عن مواجهة المريض لمرضه.

وحل المشكلة الأولى يتوقف على إمكانيات المريض وإمكانيات البيئة وعلى الأخصائى الاجتماعى أن يساعد المريض على الإسراع فى العلاج ومساعدة المريض لمعرفة الموارد العلاجية الموجودة فى البيئة والتمييز بين أنواع العلاجات المختلفة ومدى فاعليتها وتجنب علاج الوصفات البلدية إن وجد.

ودور الأخصائى بالنسبة للمشكلات البيئية هو محاولة إزالة ما يقف فى سبيل العلاج من عقبات مثل إعالة أسرته حتى يتمكن المريض من توجيه قدراته لمواجهة مرضه، وفى بعض الحالات يمكن للأخصائى توضيح هذه العقبات بالنسبة لبعض المرضى الذين لا يفصحون عنها والتنبؤ بالمضاعفات التى لا يدركها المريض حتى لا يحدث مستقبلاً ما يقطع سير العلاج مثل تكاليف الأغذية الخاصة والأجهزة الطبية وخلافه.

ودور الاخصائى بالنسبة للمشكلة الثالثة هو تكوين علاقة بالمريض دون خوف أو هلع لما يواجهه ودون تأنيب له لما يبديه المريض من تردد أو خوف وبذلك يستطيع المريض تقبل مرضه وما يتضمنه من علاج.

كما يتعين على الاخصائى إتاحة الفرصة للمريض للإفصاح عن مشاعره وطمأنينته وغير ذلك من ممارسة عمليات تبصيرية وتوضيحية لتدعيم ذات المريض (١١).

وتأسيساً على هذا ينبغي أن أخصائي منظمة الفرد يمكن أن يكون قوة فعالة في الصراع ضد الشرطان عن طريق تمكينه للعمالء من الحصول على الاهتمام الطبي المبكر والسريع وأن يستمروا تحت الرعاية أطول فترة ممكنة بقدر الإمكان. وأن يقدم للمريض مظاهر التشجيع عندما يكون العلاج المقدم غير واضحاً لأن الطبيعة الحقيقية لهذا المرض مصحوبة بمخاوف متعددة فبعض العمالء من خلال مظاهر الرقوى أو التجنب العلاج، ينشدون حماية أنفسهم من المعلومات المتعلقة بمرضهم.

ويمكن أن تمارس خبرات الأسرة والأصدقاء أفكارهم عن المرض وتأثيراً خطيراً على استجابة العميل للعلاج خلال أي مرحلة من مراحل مرضه ويجب ألا يسهل هذا التأثير في الخطة العلاجية للحالة. كما أن مكان أو موضع النوم الخبيث له دلالات ومعاني وجدائية وعاطفية معينة، والعلاج الذي يكون له نتائج غير ملحوظة على الوظائف الجسمية أو على المظاهر التحليلية تخلق اليأس وهذا يمكن تلطيفه إلى حد ما عن طريق تهئية وإعداد الأسرة لعودة المريض من المستشفى والطبيب والممرضة يجب أن يقدموا المعلومات الطبية لاهل بحالة المريض ويوضحون ويعلمون كل رعاية يفترض أن يتحملها أعضاء المنزل (١٢).

هناك اعتقاد من أجل الإشراف في المستقبل يجب أن يكون مفهوماً بوضوح ويمكن لأخصائي خدمة الفرد أن يشجع العميل ويسهل إستفادته لتابعة العلاج بصورة غير منقطعة وهذا يعني بظهورهم آخر حماية الحياة أو إطالة العمر.

إن مساعده تعتبر أيضاً أمراً هام لتوفير الموارد العلاجية من خلال المؤسسة التي تقدم المساعدات الاجتماعية أو من خارج المؤسسة من خلال مجالات خاصة أساسية أخرى يمكن أن تساعد في تحسين حالة المريض وتوفير سبل

راحته إلى أقصى حد ممكن. والفوائد الغزيرة التي يمكن تحقيقها من المعلومات والمهارات الطبية تظهر قيمتها حينما يستخدمها من يحتاجون إليها. وأخصائي خدمة الفرد يمكن أن يعتبر العامل المساعد الذي يمكنه إتاحة هذه الفرصة للمريض بالسرطان.

## الخدمة الاجتماعية والأمراض السيكوسوماتية

### (الاضطرابات النفسية الجسمية)

#### التعريف بالأمراض السيكوسوماتية:

Psychosomatic هو لفظ مكون من مقطعين «سيكو» - "Psycho" ومعناه العقل أو النفس أو الروح life or Soul or Psyche ، سوما "Soma" ومعناه الجسم، ويستعملان للتعبير عن العلاقة بين النواحي النفسية أو العقلية والنواحي الجسمية وتأثيرهما على علاج المرض واضطرابات الفرد (١٣).

وتعرف الأمراض السيكوسوماتية بأنها اضطرابات جسمية موضوعية، ذات أساس وأصل نفسي (بسبب الاضطرابات الانفعالية)، تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (١٤).

وتنشأ هذه الأمراض عادة من شدة القلق الذي يجد مجالاً للتنفيس عنه خلال أعضاء الجسم المختلفة، ولذلك يجب عند دراسة هذه الأمراض التعرف على شخصية الفرد في مجالها الكلي، من حيث مشاكله التكيفية المختلفة. بمعنى أن يهتم الطبيب لا بالحالة الجسمية فحسب، وإنما أيضاً بمشكلات الفرد الإنفعالية.

ويلاحظ أن الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية الجسمية) - كإنعكاس لتوتر نفسي - أكثر حدوثاً في الطبقة المتوسطة التي تتحمل

كثيراً من الكفاح والضغط والمجاعة للحياة الاجتماعية القائمة- كما يلاحظ أن هذه الاضطرابات أكثر حدوثاً عند الأفراد الذين يتميزون باستجابات إنطوائية.

وتتميز هذه الاضطرابات بتفوق الأعراض الجسمية على الحالة النفسية التي كثيراً ما يصعب ملاحظتها أو كشفها، فالمرضى نادراً ما يشكو من قلق أو إنقباض، ولكنه عادة يشكو من اضطراب الوظائف الجسمية مثل فقدان الشهية والقيء وآلم الظهر والصداع وسرعة خفقان القلب... إلخ. وهناك ثلاثة أنواع من الأمراض السيكوسوماتية وهي (١٥):

١ - أمراض وظيفية أعراضها جسمية ليس لها أساس عضوي.

٢ - أمراض عضوية فعلاً ولكن سببها إنفعالي.

٣ - أمراض عضوية ولكن بعض أعراضها ترجع إلى أسباب نفسيه لا إلى الحالة العضوية. هذه الاضطرابات جميعاً تنتج من التوتر الشديد الناشئ عن القلق وإذا أدى هذا التوتر إلى اضطراب في وظائف الأعضاء الخاصة بالحس أو بالحركة سمى هستيريا تحوليه، وإذا أدى إلى اضطراب في أعضاء الأجهزة الداخلية كالجهاز الهضمي والجهاز التنفسي والجهاز الغدي والدورة الدموية... إلخ، سمى ذلك أمراضاً سيكوسوماتية.

وعادة يصاحب العرض الفسيولوجي حالة انفعالية، فمثلاً يصحب حالة الغضب الحادة إرتفاع في ضغط الدم، فإذا إستمرت الحالة الغضبية مع استمرار كبت النزعات العدوانية المصاحبة لها فترة طويلة إستمر إرتفاع ضغط الدم مع التوتر الزائد، كما قد يؤدي الغضب الحاد إلى اضطراب في الجهاز الهضمي... إلخ.

وهنا قد تتساءل لماذا يصاب أحد الأفراد باضطراب فى الدورة الدموية فى حين يصاب آخر باضطراب فى الجهاز الهضمى وثالث فى الجهاز الغذى،... إلخ.

يختلف أطباء الصحة العقلية فيما إذا كان هناك إرتباط بين نوع الشخصية وشكل الإضطراب. ويرى البعض أن إختلاف الأفراد فى نوع الأضطراب يرجع إلى إختلافهم فى مواطن الضعف من الناحية البيولوجية. ويرجع البعض مثل الكسندر وغيره الإختلاف فى نوع الإضطراب إلى نوع الصراع الذى يعاناه الفرد، فى حين يرى آخرون أن الإختلاف لا يرجع إلى نوع الصراع وإنما إلى إستعداد وراثى للإستجابة الجسمية لموقف الصراع بطريقة خاصة بالفرد.

### أشكال الإضطرابات النفسية الجسمية:

عرفنا أن الإضطراب النفسى الجسمى يعتبر إستجابات لا شعورية جسمية للتوترات الإنفعالية. وعرفنا أيضاً أن الأجهزة التى تتأثر بالإضطرابات النفسية والجسمية هى: الجهاز الدورى والجهاز التنفسى والجهاز الهضمى والجهاز الغذى والجهاز التناسلى والجهاز البولى والجهاز العضلى والهيكلى والجلد والجهاز العصبى.

وفىما يلى سوف نتناول اشكال الاضطرابات النفسية الجسمية فى أجهزة الجسم المختلفة (١٦):

### إضطرابات الجهاز الدورى:

وهى التى تحدث فى القلب والدورة الدموية. والقلب عضو هام حساس تؤثر فيه الإنفعالات تأثيراً شديداً كالحب والكره والسرور والحزن... إلخ، ومن إضطرابات الجهاز الدورى ما يلى:

## - الذبحة الصدرية :

وهى عبارة عن تقلص فى الشرايين التاجية يعوق سير الدم فيها مؤقتاً، وينتج عن ذلك نقص فى تغذية عضلات القلب مما يسبب نقصاً فى الاكسجين اللازم لتمثيلها الغذائي، ويستتبع ذلك حدوث آلام فى الصدر وينتج عن ذلك الجلطة الدموية فى شرايين القلب مما يعرض حياة المريض للخطر.

## عصاب القلب:

ويعبر عن مجموعة أعراض نفسية المنشأ مجملها إضطرابات عمل القلب، وأعراضه الخفقان واللغط وعدم الانتظام والألم وتشنج القلب وقصر التنفس والتعب لأقل مجهود، وبصاحبه خوف الموت.

## ارتفاع ضغط الدم:

يلاحظ أن الغضب المزمن يؤدي إلى ارتفاع مستمر فى ضغط الدم. واستمرار ارتفاع ضغط الدم يضع عبئاً ثقيلاً على الأوعية الدموية قد يؤدي إلى نزيف فى المخ أو جهد زائد على القلب.

## إنخفاض ضغط الدم:

وبصاحبه الإنهاك والعزوف عن أى عمل مرهق والرغبة فى النوم ويؤدي إلى الإغماء.

## إضطرابات الجهاز التنفسى:

ومن هذه الإضطرابات:

الربو الشعبى أو العصبى ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعبات وتورم أغشيتها المخاطية وزيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية والشعور

بالضغط على القفص الصدري وضيق الصدر والتهجان وصعوبة مرور الهواء إلى ومن الرئتين، وتحدث التوبات عادة عقب إحداث إنفعالية. ومنها أيضاً التهاب مخاطية الأنف.

### إضطرابات الجهاز الهضمي:

ومن هذه الإضطرابات ما يلي:

**قرحة المعدة:** أو القرحة الهضمية: يلاحظ أن القلق الوقتي يؤدي إلى إضطراب معدى مؤقت. كذلك يؤدي القلق المزمن إلى قرحة المعدة.

**التهاب المعدة المزمن:** ويشمل أعراضاً معدية مختلفة مثل عسر الهضم والتجشؤ أو الجشاء وإخراج الغازات بكثرة وقرقرة الأمعاء وآلام البطن.

**التهاب القولون:** ويشاهد فيه تناوب الإسهال والإمساك والتقلصات أو المغص وإمتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط في البراز.

### فقد الشهية العصبي (الخلفة):

وفيه يشاهد رفض الطعام وعدم الرغبة فيه، وما يصاحب ذلك من نحافة ونقص الوزن وجفاف الجلد وبرودة الأطراف... إلخ. وقد يحدث نتيجة إضطراب الغدد.

**الشراهة:** وشراهة الأكل تكون في الغالب نتيجة لرغبة جارفة ملحة كالحب ولتملك موضوع الحب.

**التقيؤ العصبي:** ويرتبط غالباً بالشعور بالذنب وكرمز لرفض الحمل أو مقاومة الرغبة في الحمل، ومنها أيضاً الإمساك المزمن والإسهال.

### اضطرابات الجهاز الغددى:

معظمها نقص إفراز الهرمونات أو فرط إفراز الهرمونات ومن أهم هذه الإضطرابات:

**مرض السكر:** حيث يضطرب التمثيل الغذائي للجلوكوز ويرتفع مستواه فى البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الإنفعالى.

**البداة:** (السمنة المفرطة) حيث يزيد الشحم فى الجسم ويزيد وزن الجسم ٢٥ ٪ عن وزنه المعيارى. ويقول البعض أن الشخص البدين يعانى من الحرمان ويكون لديه حاجة للحب والعطف والأمن وتقدير الذات يشبعها ويعوضها رمزياً بالأكل.

### إضطرابات الجهاز التناسلى:

ومن هذه الإضطرابات:

**العنة** (الضعف الجنسى عند الرجل)، **البرود الجنسى** عند المرأة، إضطراب الحيض والإجهاض المتكرر.

**العقم:** وهو فى نفس الوقت يعتبر سبباً مهيماً ومرسباً للأمراض النفسية، ويبعث على الشعور بالنقص وعدم الكفاية وقد يستتبعه الضعف الجنسى وخيبة الأمل والشعور بالحرمان من غريزة الوالدية.

### اضطرابات الجهاز البولى:

ومن هذه الإضطرابات:

احتباس البول، كثرة مرات التبول، سلس البول (البوال).

اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي:

ومن هذه الإضطرابات:

آلام الظهر (لومبارجو)، التهاب المفاصل الروماتيزمى.

اضطرابات الجلد:

ومن هذه الإضطرابات:

الإرتيكاريا: وهى عبارة عن طفح جلدى بشكل بثور ناتئة بسبب حكاكاً قد يكون شديد أو يقال أنها تتمثل رمزياً البكاء المكبوت.

الحكاكه: (الحكة) أو الهرش ويعتبرها الكثيرون تعبيراً عن العدوان المكبوت والتوتر النفسى والدافع الجنى وتعبير عن عقاب الذات كاستجابة للشعور بالذنب.

الأكزيما العصبية: وهى مناطق جلدية بها هرش شديد وتظهر غالباً فى الرقبة وحول الحاجب وأعلى الصدر والأعضاء التناسلية ومنها أيضاً سقوط الشعر (الثعلبة)، فرط الحساسية، الحساسية، وبثور حب الشباب.

إضطرابات الجهاز العصبى:

ومن أهم هذه الإضطرابات:

الصداع النصفى (الشقيقة) يؤدى التوتر الانفعالى الزائد الذى يؤدى إلى لارتفاع ضغط الدم فى المخ إلى الصداع ويحدث أكثر لدى الإناث.

إحساس الأطراف الكاذب: ويحس به مقطوعوا الأطراف. إلا أن هذا الإحساس يبدأ فى الزوال مع الوقت حين يتوافق المريض.

تشخيص الإضطرابات النفسية ودور الخدمة الاجتماعية:

ويمكن تبسيط النموذج الأساسى للإضطراب النفسى الجسمى كما

يلى:

المثير	←	التغير الوسيط	←	الاستجابة
( مثير يستثير		( حالة إستارة إنفعالية		( عرض أو مرض
توتراً نفسياً)		بمصاحبات فيسيولوجية)		( نفسى جسمى)

وعلى العموم فإن الأعراض الجسمية تعتبر إستجابة دفاعية ضد القلق والتوتر الذى ينشأ من الشعور بالذنب أو من نزعات عدوانية أو غير مرغوبة لا شعورية. ولذلك نجد أن المريض يحاول لاشعورياً الاحتفاظ بالأعراض الجسمية كوسائل دفاعية ضد القلق. ويمكن القول بأن العرض الجسمى عبارة عن عملية انقاذ لا شعورية ضد القلق حتى لا يتمكن من الفرد وبطريقة تفوق احتمالاه، وظهور الأعراض السيكوسوماتية يرتبط عادة بحادثة نفسية معينه (١٧).

هذا وهناك ثمة إعتبارات يجب مراعاتها عند القيام بالعملية التشخيصية لهذه الإضطرابات السيكوسوماتية والتي يجب أن تكون عملية مشتركة بين الطبيب والأخصائى الاجتماعى:

أ - يجب أولاً الإهتمام بالفحص الطبى الشامل والقيام بالدراسة النفسية الاجتماعية لحالة المريض، وعند القيام بهذه العملية الدراسية يجب على الأخصائى الاهتمام بالمناطق الدراسية التالية:

#### ١ - تاريخ حياة المريض:

من العلامات الدالة على أن الإضطراب نفسى جسمى، وجود إضطراب انفعالى يعتبر عاملاً مرسباً فقد أجرى ديفز وولسن إختبار على مجموعة عشوائية مكونة من مائتين شخص مصابون بالقرحة المعدية فوجد أن ٨٤٪ من

هذه المجموعة تكونت لديهم هذه القرحة وقت أن كان المريض يعاني اضطراباً عاطفياً ومشاكل شخصية مالية أو منزلية أو فى العمل .

## ٢ - أوجه ظهور المرض:

نقصد بأوجه ظهور المرض الأشكال المختلفة فالمرض السيكوسوماتى حينما يظهر يتخذ أشكالاً معينة من حيث:

أ - وقت ظهوره، ونعنى بظهوره هنا سواء لأول مرة أو ظهوره فى دوراته المختلفة، وتختلف هذه الدورات من ساعة إلى يوم إلى شهر إلى سنة .

ب - حدة المرض، حيث تختلف الأشكال المختلفة التى يتخذها المرض من حيث حدتها، ولا يوجد هنا سوى مستوى معين لذلك .

ويلاحظ أن كل مرحلة من المراحل التى يظهر فيها المرض يعقبها فترة سكون أو إختفاء المرض لمدة مختلفة، وقد أجريت عدة إختبارات فى هذه الناحية ظهر منها عدم وجود مستوى معين ثابت فيما يتعلق بدورة المرض وحدته ولكن إتضح أن المرض يظهر عقب تعرض المريض لظروف أو إضطرابات من نوع معين . وتنتهى فترة المرض أو حدته بإنتهاء هذه الظروف أو الإضطرابات أو حدوث شيئاً محبباً لدى المريض .

## ٣ - نمط شخصية المريض:

تدخل شخصية الفرد إلى حد ما فى نوع المرض الذى يمكن أن يصاب به ، ويمكن هنا أن نذكر نوعين من أنماط الشخصية تتجه نحو التأثر بالأمراض السيكوسوماتية .

## ١ - الشخصية الهستيرية :

ويتسم الأفراد ذات الشخصية الهستيرية بالقلق والرغبة فى الحصول على

تأييد الآخرين لتصرفاتهم وجذب إنتباههم وكسب العطف بوسائل طفلية كما يتميزون بالسذاجة والتقلب الإنفعالي والتركيز حول الذات، وقد نجد بين الشخصيات الهستيرية هؤلاء الأشخاص المحرومين إجتماعياً أو من لديهم نقص عقلى أو الشخصيات السيكوباتية .

#### ب - الشخصية الوسواسية:

للشخصية الوسواسية سمات متنوعة تختلف من شخص لآخر لذلك نجد الشخصيات الوسواسية متنوعة تتجه كل منها بالإصابة بمرض يختلف عن الآخرين كما تتصف بنوع خاص من السلوك والصفات وهذه بعض الأمثلة التى توضح ذلك:

- ١ - يتصف المرضى المصابون بالتهاب الأمعاء بالنظافة والأناقة.
- ٢ - يهتم المرضى المصابون بالقرحة المعدية بالبحث عن الأمان وخاصة فى النواحي الإقتصادية والمالية والعمل.
- ٣ - يهتم المرضى بأمراض ناتجة عن مجهود بمشاكل الأخلاق والشرف والتدين.
- ٤ - يتجه المرضى المصابون بأمراض جلدية وخاصة مرض فروة الرأس الناتج عنها قشور الشعر بالاهتمام بالعمل والرغبة فى أداء الواجب بأنفسهم والشعور بعدم أدائه على الوجه الأكمل مما يبعث فى نفس الوقت صعوبة فى علاقاتهم الإجتماعية من الآخرين.
- ٥ - يتصف مرض الشريان التاجى بعدم التساهل فى العمل والرغبة فى الحصول على مسئولية مباشرة فى العمل أو وظيفة رئيسية.

٦ - وفى الإلتهاب المفصلى يشمل المرضى الذين لديهم الشعور الكبير بالواجب المرتبط بالتضحية بالنفس بشكل غير عادى.

والعلاقة بين أنواع وأنماط الشخصية ونوع المرض الذى يصاب به الشخص ليست باستمرار واحدة فمن الممكن أن يصاب الشخص الواحد بأمراض سيكوسوماتية مختلفة. ولكن ليس من المفروض أن تختلف شخصيته مع كل مرض.

#### ٤ - التاريخ المرضى العائلى:

من العلامات الدالة على أن الإضطراب نفسى جسمى وجود تاريخ مرضى فى الأسرة لنفس المرض أو إضطراب مشابه، فمن المتفق عليه بوجه عام أنه توجد بعض الأمراض يحتمل أن يصاب بها ذوو التاريخ العائلى المضطرب ويطلق عليها مجموعة الأمراض العائلية كما أنه يمكن أن يقال أن هذه العائلة تتصف أفرادها بضعف المعدة، وأخرى يتصف أفرادها بضعف صدرى، وهكذا (١٨).

ب - يجب على الأخصائى المفارقة بين العرض النفسى الجسمى وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى. فمثلاً قد تكون عنه أو الضعف الجنى أو البرود الجنى أو فقد الشهية العصبى إضطراباً نفسياً جسمياً فى حد ذاته وقد تكون عرضاً من أعراض الإكتئاب.

ج - ويجب على الأخصائى المفارقة بين الأعراض النفسية الجسمية وبين الأعراض الهستيرية.

وفيما يلى جدول يوضح أوجه الاختلاف بين الهستيريا والمرضى النفسى الجسمى (١٩):

الهستيريا	المرض النفسى الجسمى
- تصيب الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى المكزى.	- تصيب الأعضاء التى تسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى.
- الأعراض تعتبر تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضاً شخصياً لدى المريض.	- الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبى الذاتى.

### علاج الاضطرابات النفسية الجسمية ودور الخدمة الإجتماعية :

تستعصى الاضطرابات النفسية الجسمية على العلاج الطبى أو الجسمى وحده أو العلاج النفسى أو الإجتماعى وحده، ولذلك فمن الضرورى الجمع بينهما وفيما يلى أهم معالم العلاج :

#### العلاج الطبى :

لعلاج الأعراض الجسمية، ففى حالة القرحة يتبع المريض نظاماً معيناً للأكل ويتناول الأدوية اللازمة وقد يستدعى الأمر التدخل العلاجى. وفى حالة البدانة والسكر يستعان بالأدوية وتنظيم الغذاء، وتستخدم المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق.

#### العلاج النفسى الإجتماعى :

وخدمة الفرد يمكنها أن تساهم بدور علاجى فعال فى هذا الشأن حيث

يقوم الأخصائى الإجتماعى بتناول النواحي الإنفعالية للمريض وحل مشكلاته الشخصية وحل الصراعات الإنفعالية والتنفيس الإنفعالى لإزالة القلق المزمن وإعادة الثقة فى النفس وتنمية البصيرة وتنمية الشخصية نحو النضج الإنفعالى بصفة خاصة. ونصح المريض بتجنب مواقف الإنفعال الشديد والإجهد العقلى المتواصل.

كما يمكن للأخصائى القيام بالمقابلات الجماعية (خدمة الفرد الجماعية) مع الحالات المتشابهة الأعراض مثل السمنة والقرحة ... إلخ. أما الإضطرابات الجنسية مثل العنة والبرود الجنسى ... إلخ فهى تحتاج إلى مقابلات فردية، وعلاج الشرح والتفسير لشرح العلاقة بين الإنفعال ورد الفعل الفسيولوجى . وإعادة تعليم المريض بخصوص الأفكار الخاطئة وما إلى ذلك.

بالإضافة إلى ماسبق يتعين على الأخصائى الإهتمام بالعلاج البيئى لتخفيف الضغط على المريض فى الأسرة أو العمل ... إلخ ولتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها.

وفى حالة وجود الإضطراب النفسى الجسمى لدى الأطفال يوجد العلاج التعديلى إلى الوالدين وخاصة الأم. وقد يستدعى الحال علاج الأسرة كلها فى بعض الحالات (٢٠).

وبعد فنتطبع القول دون تردد (٢١) أنه لا يوجد مرض جسمى بحت، يؤثر فى الجسم دون النفس.

كما أنه لا يوجد مرض نفسى بحت يؤثر فى النفس دون الجسم، وذلك لأنه لا يوجد جسم بدون نفس إلا الجماد والجثث، كما أنه لا توجد نفس بدون جسم إلا الأرواح والأشباح.

## مراجع الفصل التاسع

- ١ - عبد الفتاح عثمان، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى ومجال رعاية المعوقين، ط ٢ ، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧، ص ص ١٩ ، ٢٠.
- ٢ - عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين فى المجتمعات النامية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٤ ، ص ١٤٨ ، ١٤٩ .
- ٣ - أميرة صادق الطنطاوى، فانتن عبد اللطيف، مبادئ صحة المجتمع، الإسكندرية، ب . ت . ١٩٩٢، ص ص ١١٦ ، ١١٧ .
- ٤ - عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين فى المجتمعات النامية، مرجع سابق، ص ١٤٩ .
- ٥ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، ط ٢ ، القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٥ ، ص ١١١ .
- ٦ - عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٦٩ ، ص ١٧٥ .
- ٧ - محمود محمد الزينى، الخدمة الإجتماعية للمعوقين وذوى العاهلات، مرجع سابق، ص ٧٩ .
- ٨ - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مرجع سابق، ص ١١٢ ، ١١٤ .

٩ - انظر : قرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ ، الخاص بواجبات الخدمة الاجتماعية الطبية .

١٠ - إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ب. ت.، ص ص ١٠٠ ، ١٠٣ .

١١ - محمود محمد الزيني، الخدمة الاجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، مرجع سابق، ص ص ٦٦ - ٧٣ .

١٢ - إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ١٢١ .

١٣ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ٤ .

١٤ - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط ٢ ، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٨، ص ٢٧٥ .

١٥ - إنتصار يونس، السلوك الإنسانى، القاهرة، دار المعارف بمصر، ١٩٧٢، ص ص ٤٠٨ ، ٤٠٩ .

١٦ - لمزيد من التفاصيل فى مضمون الإضطرابات السيکوسوماتية انظر :

حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، مرجع سابق، ص ص ٤٨٠ - ٤٨٥ .

١٧ - انتصار يونس ، السلوك الإنسانى، مرجع سابق، ص ٤١٠ .

- ١٨ - أحمد حسنى الشبكشى، أسس الخدمة الإجتماعية الطبية، مرجع سابق، ص ص ١٢ - ١٦ .
- ١٩ - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، مرجع سابق، ص ص ٤٧٨ ، ٤٧٩ .
- ٢٠ - قارن : حامد عبد السلام زهران، المرجع السابق، ص ٤٨٦ .
- ٢١ - لمزيد من التفاصيل فى مضمون الإضطرابات السيکوسوماتية انظر :  
عمر شاهين، يحيى الرخاوى، مبادئ الأمراض النفسية، ط ٣ ، القاهرة،  
مكتبة النصر الحديثة، ١٩٧٧، ص ص ٤١٥ - ٤٣٢ .



## الفصل العاشر

### الأخصائى الاجتماعى الطبى

تقديم ...

تتكامل طرق مهنة الخدمة الاجتماعية (خدمة الفرد - خدمة الجماعة - تنظيم المجتمع) حتى تحقق الهدف من ممارستها وهو قيام الفرد والجماعة والتنظيم بأدوارهم ووظائفهم الاجتماعية من خلال مساعدتهم على مواجهة مشكلات وإشباع حاجاتهم المتنوعة.

وحيثما يقوم الأخصائى الاجتماعى بدوره داخل المؤسسات والتنظيمات الحكومية والأهلية، فإنه هنا يتعامل مع الموقف، فقد يعمل مع عميل فى مشكلة أو يعمل مع جماعة أو يعمل مع تنظيم، وفى هذه الحالات والمواقف فإن على الأخصائى الاجتماعى بما لديه من تراث نظرى ومعارف بجانب خبرته العملية فى الممارسة أن يتعامل مع مثل هذه المواقف. وسيناقش هذا الفصل دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع الأفراد والجماعات داخل المؤسسة الطبية، مع التحديد لطبيعة الإعداد المهنى لهذا الأخصائى، وما قد يواجهه من صعوبات تخذ من فعالية دوره المهنى فى هذا المجال:

#### الإعداد المهنى للأخصائى الاجتماعى الطبى:

من المعروف فى الإعداد المهنى أن التحصيل واكتساب الخبرات والمهارات يحقق الفائدة منه لو استند إلى الاستعداد الشخصى بالنسبة للمهنة التى يريد الإنسان أن يهيئ نفسه لممارستها والتى ترتفع من كفاءته فى أدائها لخدمة الآخرين بعد التزود بقسط كاف من المعرفة والتدريب فى مجال التخصص ليصقل نفسه حتى يكون معداً للقيام بأعباء وأعمال مهنية.

## الإستعداد المهني:

إذا تحدثنا عن الإستعداد فيمكن عرض الخطوط العريضة للصفات التي يجب أن تتوافر إلى أقصى حد ممكن في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية:

١- قدرات جسمية وصحية مناسبة بالقدر الذي لا يثير في العملاء أحاسيس الإشفاق أو الرثاء وأيضاً لتكون مناسبة قياسهم بواجباتهم في عملهم.

٢- إئتران إنفعالي مع إئتران في الشخصية يكسب صاحبه القدرة على ضبط النفس والنضج والإنفعالي الذي لا تشوبه نزعات إندفاع وعدم تحمل مسؤوليته.

٣- إئتران عقلي مناسب، يتضمن معارف ومعلومات عامة من العلوم المهنية المختلفة مع نسبة ذكاء مناسبة مع سرعة البديهة مع بعض القدرات الخاصة كالقدرة التعبيرية واللفظية.

٤- قيم اجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية، والتحكم في نزعاته وأهوائه الخاصة وقادر على السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانباً حيثما يتصدى لمساعدة الآخرين. ومن أبرز هذه القيم سعة الصدر وحب الناس، والاجتماعية والبعد عن السلوك الإنفعالي أو التهكمي في علاقته بالآخرين، وحسن السمعة والتجاوب مع متطلبات المجتمع ومشكلاته وأحداثه.

٥- الإخصائي الاجتماعي الطبي يجب أن تتوافر فيه بالإضافة إلى الصفات السابقة الانتباه الكافي الذي يجعله يدرك وجهات نظر من يقيمون على علاج المريض وأن يكون شجاعاً لا يخاف من المرض أو يرهب العدوى وألا يتأفف من القذارة أو المناظر غير المريحة وأن يدرك القيم المختلفة للحياة<sup>(١)</sup>.

كما يتميز الأخصائي الطبي بسمات شخصية بشوش متزن، كحسن الأنصت الإيجابي المتفاعل، ذات عواطف دافئة واضحة معبرة في أحاسيسه وفي خُلقاته دقيق الإدراك، شفاف الحس، فطن، قادر على الربط بين العلم قادر على نقد ذاته، يعترف بالخطأ ويسعى لطلب المساعدة والنصح من مشرفيه، مسيطر على دفاعياته دون عناد أو إصرار، مسيطر على نقائضه ونزعاته الخاصة التي لا مفر من وجودها بحيث يتمكن من أن يهب نفسه للغير في راحة ودون عناء أو تظاهر، متحرر من الداخل في وعي ذكي، وإرادة حاسمة مع سعة صدره وقدره فائقة على ضبط النفس .. كما أن عليه أن يكون أميناً دقيقاً في التعبير عن عواطفه حتى يتحرر من الخوف ليستطيع أن يمنح الأمن للآخرين، ولكنه أخيراً إنسان يحب ويكره كسائر الناس أجمعين. فهل يمكن والحالة هذه أن يهب حبه لآخرين لا يستشعره حقيقة من الداخل بصدق وأمانة؟ أو هل يمكن له أن يكره كحقه في الكراهية إنساناً معيناً من الناس في حياته العادية. ثم يتحول إلى (محب) لهم وراغب فيهم إذا ما أصبحوا عملاء؟<sup>(٢)</sup>.

### الإعداد المهني:

#### أ) الإعداد النظري:

يجب أن تتضمن دراسة طالب الخدمة الاجتماعية وخاصة في المجال الطبي بعض المعارف والعلوم منها:

- ١- معلومات طبية مبسطة يجب أن يلم بها الأخصائي الاجتماعي ولا يعني ذلك معرفة طبية وعميقة ولكن بالقدر الذي يعلم الأمراض وبمسبباتها وخصوصاً تلك الأمراض التي يكثر الإصابة بها وتميز بطابع الخطورة والتي تستوجب العلاج بالعزل على البيئة كما في الدرن وفهم المصطلحات الطبية الشائعة في الميدان الطبي، على أن

يلجأ للطبيب في النواحي الطبية ولا يعتمد على معارفه في كل  
المواقف.

٢- معرفة الاحتياجات والخصائص النفسية للمرضى، فعلم النفس  
الاجتماعى والطب النفسى، والاجتماع تعتبر مصادر أساسية  
للاخصائيين الاجتماعيين الطبيين في فهم معانى بعض الألوان  
السلوكية والأعراض النفسية عند المريض في المراحل المرضية المختلفة  
والتي يجب أن يعاملها بالطريقة التي تقلل من آثارها السيئة على سير  
المرض.

٣- دراسة مستفيضة لأسس الخدمة الاجتماعية وطرقها ومجالاتها مع  
التركيز على الخدمة الاجتماعية الطبية.

٤- ثقافة واسعة بالمسائل التأهيلية والقانونية وغيرها التي تعين الاخصائي  
الاجتماعى الطبى في عمله كالقوانين الخاصة بالتأهيل المهني،  
والتأمينات الاجتماعية ومعاشات المعجز والإصابة، وقوانين الضمان  
الاجتماعى والتي تساعد في توجيه وتنبيه المرضى للحصول على  
حقوقهم.

٥- أن يكون على علم ووعى المشكلات الناتجة عن المرض.

٦- الإلمام التام بالاحتياجات البشرية في حالة المرض وأثناء العلاج.

٧- معرفة واسعة بالمصادر التي يمكن الاستعانة بها في تكملة خدمات  
المستشفى لدور النقاهاة ومؤسسات التأهيل المهني والمؤسسات الاجتماعية  
ومكاتب العمل لمساعدة المرضى للاستفادة من إمكانيات المجتمع في  
أثناء المرض وما بعده.

## ب) التدريب العملى :

التدريب العملى على مسئوليات وأعمال الأخصائى الاجتماعى الطبى ويجب أن يهتم بهذا التدريب فى البرامج الموضوعية لإعداد الأخصائى الاجتماعى الطبى حيث الممارسة هى التى تصقل الاستعداد والإعداد النظرى. على أن يكون هناك إشراف فنى على مستوى عال فى الكفاءة والخبرة.

### ١- الأدوار الوظيفية للأخصائى الاجتماعى الطبى:

إذا أردنا أن نصيغ عبارة مختصرة نحدد فيها دور الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى، فإنه يمكننا القول أن هذا الدور ينحصر فى تطبيق طرق الخدمة الاجتماعية فى نطاق المؤسسة الطبية - على الوجه التالى:

١- العمل مع حالات المرضى ذوى المشكلات (مستخدماً طريقة خدمة الفرد).

٢- العمل مع جماعات المرضى (مستخدماً طريقة خدمة الجماعة).

٣- العمل مع مجتمع المؤسسة العلاجية (مستخدماً طريقة تنظيم المجتمع).

وذلك بالإضافة إلى استخدامه لطريقتى البحث الاجتماعى والإدارة الاجتماعية.

وتوضيحاً لهذه الجوانب يمكننا عرضها على الوجه التالى:

### أولاً: دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع الحالات الفردية:

يقوم الأخصائى الاجتماعى بمساعدة المريض على إسترداد وظائفه الاجتماعية بعد العلاج، وذلك بإزالة الأسباب المعترضة لإتمام العلاج

الصحيح، والعمل على إعادة تلاؤم المريض مع بيئته بعد خروجه من المستشفى، مستعيناً بالأخصائى فى ذلك بطريقة خدمة الفرد.

ويقوم الأخصائى الاجتماعى بعمله من خلال التعاون مع الفريق الطبى الطبيب والمرضة وجميع العاملين بالمستشفى حتى يستطيع الجميع التعاون والتكامل فى تقديم الخدمات الطبية للمريض.

ويقوم الأخصائى بالتعرف على المريض والتعرف على شكواه والتاريخ المرضى والاجتماعى بعد ذلك مقابلة الطبيب المعالج لمناقشة شكوى المريض، وفى هذه الفترة يحاول الأخصائى الاجتماعى مساعدة المريض للتعبير عن شكواه وتوضيح وتفسير المواقف الغامضة، ومساعدة المريض على إتخاذ القرار الملائم فى إطار كافة الاحتمالات المختلفة.

والجدير بالذكر أن الأخصائى يساعد المريض فى إتخاذ القرار الصائب الخاص بالعلاج الذى يكون قد تردد فى أخذه ومقاومته للأسباب الآتية:

أ- الأسباب الشخصية والوجدانية وقد يكون مرجعها إلى:

١- الخوف الصريح من الموت.

٢- قد يكون لدى المريض شك فى قيمة العلاج الطبى.

٣- يرفض بعض المرضى دخول المستشفى لإرتباطها ببعض التجارب المؤلمة فى حياتهم، كإرتباطها بالموت أو بتجربة فاشلة، كما ترتبط بعض المستشفيات فى أذهان المرضى بأفكار مزعجة كالأشباح والأرواح والموت ودور الأخصاذى هنا محاولة بث الإطمئنان فى نفس المريض وإزالة هذه المخاوف.

٤- وجود بعض المخاوف اللاشعورية بسبب تجارب مريرة كبتت فى الصغر

لتخويف الأطفال بالأطباء والجراحة والبتير وما إلى ذلك، وقد يتطلب الأمر إحالة المريض إلى طبيب نفسى.

٥- قد يتردد المريض فى قبول العلاج الداخلى خوفاً من أن تطول فترة إقامته بالمستشفى وتتوقف خططه فى الحياة.

٦- ينهيب بعض المرضى من المستشفيات والعيادات لما يميزها من رائحة المظاهرات الخاصة ومنظر الأدوات الجراحية والسكون الرهيب، وفكرة المريض عن التخدير والموت والمشرحة.

٧- قد يخشى بعض المرضى الجراحة لما يذكر عن التخدير وخوف المريض فى الإفشاء بأسرار لا يريد أن يعرفها أحد غيره.

٨- قد يخشى بعض المرضى عملية التخدير لإرتباطها بالموت لما يشاع عن موت بعض المرضى «تحت التخدير».

٩- يخشى بعض المرضى إجراء العمليات الجراحية ويتوهم لما يخفيه له الغيب من حدوث عاهات أو عجز يقعده عن أداء أعماله وأدواره الاجتماعية.

١٠- الخوف من الآلام التى تصاحب الجراحة وما بعدها.

١١- الخوف من التعطل بعد إجراء الجراحة وفقد المكانة داخل الأسرة.

١٢- خوف المريض من تقييد حركته ونشاطه وخاصة إذا نتج عن الجراحة عاهة مستديمة.

١٣- خوف المريض من إعتماده على أهله فى المعيشة طوال فترة العلاج.

١٤- الخوف من خروج الأبناء أو الزوجة للعمل لمقابلة احتياجات الأسرة بعد إنقطاع دخل عائلها.

١٥- الخوف من أن تضطر الأسرة إلى طلب المساعدات المالية من الجهات التي تقدم المساعدات والإعانات.

١٦- خوف المريض أن يكون مصدراً لعدوى الغير خاصة إذا كان مريضه معدى.

#### ب- البعد الاقتصادي وعلاقته بمقاومة المريض للعلاج:

١- لارتفاع تكاليف العلاج وتأثيره على إرهاق ميزانية الأسرة مما يجعل المريض يقاوم فكرة العلاج.

٢- قد تطول فترة العلاج وتواصل الأسرة دفع النفقات مما يؤدي إلى قصور الميزانية وبالتالي التأثير على تعليم الأبناء أو بيع بعض الممتلكات.

٣- خوف المريض من دفع قيمة العلاج أو الإستمرا في المستشفى لتدهور حالة الأسرة المالية.

٤- قد يخشى المرضى التعامل مع المستشفيات العامة مع عدم مقدرتهم على العلاج في مستشفيات خاصة الأمر الذي يؤدي إلى معاناة المريض.

٥- قد يغادر المريض المستشفى متعجلاً قبل إتمام الشفاء لإنقاذ أسرته من الضياع.

٦- قد يشير الطبيب على المريض بالتغذية والراحة ولكن لا يستطيع المريض الإلتزام بذلك لعدم إرهاق دخل الأسرة وعدم الوفاء باحتياجاتهم.

٧- قد ينصح الطبيب بتغيير نوع العمل أو المسكن لتحسين حالة المريض ولكن يحول دون ذلك إنخفاض مستوى المريض اقتصادياً.

### ج- العلاقات الاجتماعية وعلاقتها على المريض:

١- قد يخشى المريض على أسرته من قيام آخرين لرعاية أسرته والخوف على أبنائه من الضياع.

٢- قد تقاوم الأم العلاج لخوفها على أبنائها وأسرتها.

٣- قد يخشى المريض معرفة مرضه من الآخرين وخاصة إذا كان المرض معدياً.

٤- خوف المريض من إنقطاع علاقته بزملائه وأصدقائه إذا اكتشفوا حقيقة مرضه.

٥- الخوف من بعض العمليات التي قد تؤثر على الجنس وبالتالي إنhibition الأوضاع العائلية.

٦- قد تضيق الزوجة بعرض زوجها المزمع أو العكس وتعرض الحياة العائلية للإنهيار.

### د- الأسباب الكامنة في بيئة المريض:

١- كثيراً ما نهون من شأن المرض و يرون أن العلاج بالوصفات البلدية هو أساس العلاج السليم.

٢- قد تسخر بعض البيئات من بعض المرضى وخاصة ذوى الأمراض المعدية مما يؤدي بالمريض إلى إخفاء طبيعة مرضه ومقاومة التردد على الأطباء.

٣- إنتشار السمعة السيئة على بعض المستشفيات العامة مما يخشى المريض على نفسه منها.

٤- الجهل بأعراض المرض وعدم إدراك التأثير فى العلاج.

٥- عدم وجود دور النقاة.

٦- نقص الإمكانيات والمؤسسات الخاصة بالتأهيل المهنى.

٧- قلة إستيعاب المرضى فى المستشفيات العامة ونقص الامكانيات بها.

ومن خلال العرض السابق للأسباب الكامنة وراء خوف المريض من إجراء العمليات الجراحية والسعى للعلاج، سنحاول عرض لدور أخصائى خدمة الفرد فى المجال الطبى (فى المستشفى).

وللأخصائى الاجتماعى دور هام فى التعرف على مشاكل المريض المختلفة وتميزها وحصر نتائجها وآثارها السيئة لإعتبارها فى عملية التفاعل التى يجب أن تنشأ بينه وبين المريض وأسرته والطبيب والموارد البيئية المناسبة.

وهنا للأخصائى الاجتماعى دور هام مع المريض فى التعرف على مرضه والتاريخ الاجتماعى للمرض، والمشاكل الاجتماعية المصاحبة للمرض، دراسة الحالة والأحوال البيئية التى يعيش فيها، شخصية المريض، الحالة الاقتصادية للمريض ومصادر الدخل، المؤسسات التى لجأ إليها المريض، معاملة الأسرة للمريض.

وبعد أن يقوم بالدراسة يقوم الأخصائى بتشخيص المشكلة ووضع خطة العلاج البيئى والذاتى وأن يهتم فى خطة العلاج بالأبعاد الآتية:

- تأهيل المريض بعد شفاؤه للمرض.

- شرح أبعاد المرض للأسرة وكيفية التعامل معه.

- مساعدة المريض على إيجاد عمل مناسب.

- تذليل الصعوبات أمام العميل وقيام المؤسسات المجتمعية بتقديم الخدمات المادية واللامادية له.

- وضع خطة لشغل وقت فراغ المريض.

ويحاول أخصائى خدمة الفرد تخفيف الهواجس والأوهام التى قد تؤثر على الجانب النفسى للمريض<sup>(٣)</sup>.

ويختلف أهمية دور الأخصائى الاجتماعى باختلاف طبيعة المرض، وغالباً ما يكون هاماً فى حالات الأمراض المزمنة والناجمة عن عوامل وجدانية بجانب العوامل الاقتصادية والبيئية، ويقل دوره أهمية فى حالات الجراحة البسيطة أو الخالية من المقاومة وحالات الأمراض الحادة القصيرة الأمد اللهم إلا إذا كانت الأسرة فى حاجة إلى رعاية خاصة أثناء غياب الأم بالمستشفى أو بدور النقاة.

ويمكن عرض مسئوليات وجهود الأخصائى الاجتماعى الطبى فى الجوانب الآتية:

**أولاً: مسئوليات الأخصائى الاجتماعى فى التنظيم الداخلى بالمستشفى:**

تتضح مسئوليات الأخصائى الاجتماعى فى تنظيم المؤسسة الطبية وذلك من خلال تنظيم عمل قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى تنظيمياً يضمن وجود الإمكانيات لمقابلة المرض بحيث يكفل سرية المعلومات، يقوم بمسئولية تسجيل الحالات وحفظها فى ملفات تكفل سريتها، وإبداء رأى فى تنظيم العمل بالمؤسسة الطبية ... إلخ.

**ثانياً: مسئوليات الأخصائى الاجتماعى نحو المجتمع:**

وتتلخص هذه المسئوليات فى تنوير رأى العام فى المجتمع بوجود قسم

للخدمات الاجتماعية فى المستشفى، يتعاون مع القيادات فى البيئة المحيطة يكفل الحصول على مساعدات تمنح للمحتاجين من المرضى، كما يقوم بمتابعة المرضى فى بيئاتهم وذلك من خلال الزيارات المنزلية مع نوعية الأسرة والبيئة المحيطة بطبيعة الأمراض وكيفية الوقاية منها.

كما يقوم الأخصائى الاجتماعى بزيادة الوعى ونشر الثقافة الصحية فى المجتمع وذلك عن طريق المحاضرات والندوات إما لجماهير المرضى أو لجماهير المجتمع يحضرها المختصين فى كل التخصصات.

ثالثاً: مسؤوليات الأخصائى الاجتماعى تجاه المرضى:

وتتلخص الوظائف والمسؤوليات الفنية للأخصائى الاجتماعى فى الجوانب الآتية:

- ١- شرح وظيفة المؤسسة الطبية أو العيادة ودور العاملين فيها.
- ٢- بحث التاريخ الاجتماعى والمريض للمريض لمساعدة الطبيب على تشخيص المرض.
- ٣- إعداد المريض لتقبل أنواع الاختبارات الطبية.
- ٤- تفهم المريض حقيقة المرض (إذا لم تزعه) وتوضيح معنى المصطلحات الطبية التى تخيفه، ومعاونته فى تنفيذ الخطة العلاجية.
- ٥- قد يتم تحويل المرضى وأسره إلى المؤسسات الطبية أو الاجتماعية التى يمكن أن تقدم لهم أنواعاً من الخدمات والمساعدات.
- ٦- إعداد وحفظ السجلات الاجتماعية للمرضى.
- ٧- إعداد الشهادات والتقارير التى يمكن أن تساعد المريض وأسره على

الحصول على بعض الخدمات أو المساعدات من المؤسسات المتخصصة فى ذلك.

٨- القيام بالأبحاث التى تساعد المؤسسة الطبية من تطوير خدماتها أو إستكمال إمكانياتها.

٩- القيام بدور فعال فى العمل مع مسئولة التمريض لفهم طبيعة المرض والحالة النفسية والوجدانية للمريض وكيفية التعامل معه.

١٠- ومن واجبات الأخصائى الاجتماعى تناول بيئة المريض بالتعديل سواء كان ذلك بتعديل إتجاهات الأقارب أو بإحداث ما يلزمه من عوامل خاصة، واستغلال الموارد البيئية لصالحه فى فترة النقاهة.

١١- القيام بتتبع الحالات المرضية التى تركت المستشفى وتحتاج إلى متابعة دائمة لتهيئة البيئة لها.

ويمكن فى بعض الحالات توفير رعاية صحية بالمنزل عن طريق ممرضة زائرة كما فى حالات الشلل والمرض المزمن، وذلك لكى توفر للمريض أطيب رعاية فى ما يحيط به من إمكانيات.

١٢- وللأخصائى الاجتماعى دور فى تخفيف حدة الشعور بالملل التى يعانى منه المريض نتيجة مرضه، ولذا يهتم الأخصائى بشغل أوقات فراغ المرضى أن يراعى إختيار ألوان من الترفيه ولا بد من مراعاة فردية المرضى حرصاً على عدم إرهابهم وألا يكون ضاراً بصحتهم ولا بد من أخذ رأى الطبيب المعالج فى ذلك. ويمكن حصر أنواع الترفيه عن المرضى فى:

القراءة الخفيفة، الفنون البسيطة، الأشغال اليدوية البسيطة، الألعاب الهادئة المسلية، عرض الأفلام الترفيهية، أو بمعنى آخر أن تكون هذه

البرامج غير مرهقة للمريض من جانب، وتجذب رغبة وقبولاً منهم من جانب آخر، بالإضافة إلى أنها تقلل من الوحدة والشعور بالملل من جانب ثالث.

### ثانياً: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع الجماعات:

تتكامل طريقة خدمة الجماعة مع طرق الخدمة الاجتماعية في تقديم كافة أوجه الرعاية الاجتماعية والنفسية للمريض للمساعدة على الخروج من حالته التي إرتبطت بالمرض وعودته إلى أداء أدواره الاجتماعية في الحياة العامة.

ولذا تهتم خدمة الجماعة في المجال الطبي بتحقيق الأهداف الآتية:

- ١- مساعدة المريض على مقاومة المرض والاستفادة من أوجه العلاج.
- ٢- تأهيل المريض اجتماعياً حتى يستطيع أن يقوم بدوره في الحياة العامة.
- ٣- زيادة ثقة المريض في نفسه وفي قدراته.
- ٤- مساعدة المريض على تغيير اتجاهاته إزاء المرض حتى لا يستسلم للمرض.
- ٥- مساعدة المريض على إستغلال طاقته المتبقية دون إرهاق ووضع الخطط العلمية لمساعدة المريض على القيام بواجباته ومسئوليته.
- ٦- مساعدة المريض على تنمية مهاراته وقد يتم تعليمه مهارات جديدة تتماشى مع حالته الصحية.

### الاحتياجات الواجب مراعاتها مع جماعات المرضى:

- ١- الحالة الجسمية الناجمة عن المرض.
- ٢- إستجابة كل مريض لمرضه، فهناك اختلاف في إستجابة المرضى لمرضهم حتى ولو كان المرض واحداً.

- ٣- إقامة علاقة طيبة وقوية بين كافة المرضى والأخصائي الاجتماعى .
- ٤- يجب أن يراعى الأخصائي الاجتماعى التجانس بين جماعات المرضى .
- ٥- يجب التدقيق والاختيار للبرامج التي تلائم الحالة النفسية والجسمية والاجتماعية للمرضى .
- ٦- يجب أن يحرص الأخصائي الاجتماعى على مواقف التدخل فى حياة جماعة المرضى وفقاً لنوع الموقف والآثار المترتبة على تدخله أو عدم تدخله .
- ٧- يستعين الأخصائي الاجتماعى بالطبيب والفريق المعاون أثناء وضع البرنامج حتى تتلائم مع المرضى وقدراتهم وإستعداداتهم .
- ٨- يجب أن يقوم الأخصائي الاجتماعى بدراسة الجماعة بصفة دائمة للوقوف على التغيرات التي قد تطرأ على الأفراد والجماعات ومحاولة مُسايرة البرنامج لهذه التغيرات .

### الأسس الواجب مراعاتها فى تكوين جماعات المرضى:

- ١- إذا كان أخصاذى الجماعة يعطى أهمية لمبادئ خدمة الجماعة والأسس الواجب توافرها فى تشكيل الجماعات فإن هناك أهمية عظمية فى الإهتمام بهذه الأسس فى تكوين جماعات المرضى يمكن إيجازها فيما يلى:
- ١- إختلاف المقدرة الجسمية وخاصة إذا كان هناك تباين واضح فى القدرات الجسمية .
- ٢- إختلاف الأنماط السلوكية للمرضى إختلافاً كبيراً يعمل على تفكك الجماعة وعدم وحدتها .

٣- إختلاف الحالة الجسمية والنفسية للمرضى يجعل مثل هذه الجماعات غير متجانسة لإختلاف الحالة النفسية والجسمية مما يؤدي إلى إختلاف الاحتياجات.

٤- مراعاة الفروق الفردية بين الأعضاء ولذا يجب دراسة الجماعة ومحاولة وضع البرامج التى تقلل من تأثير هذه الفروق على حياة الأعضاء.

وهنا يمكن القول أن هناك مستوى معين من تجانس الجماعة يساعد على زيادة التفاعل والنمو هذا لايعنى أن هناك جماعة متجانسة بشكل مطلق، ولكن يمكن عرض بعض المعايير التى من شأنها أن تحقق التجانس لجماعات المرضى.

#### ١- المشاكل المتعلقة بالمرض:

فقد يعمل الأخصائى على تكوين جماعات تضم مرضى لهم مشاكل متشابهة متعلقة بالمرض، ويعتبر ذلك مفيداً كى تقوم الجماعة ببرامج داخل المستشفى لحل تلك المشكلات، أما المشكلات الخارجية فإن المناقشات التى تدور داخل الجماعة تساعد الأعضاء فى التغلب عليها.

#### ٢- نمط استجابة المريض:

قد يعتبر نمط الاستجابة للمرض معياراً للتجانس فبعض المرضى يعرفهم المرض للتغلب على مشاكلهم الأسرية، وآخرون يهرون من المشاكل التى تصادفهم، والبعض الثالث يجبرهم المرض فى الإعتماد على الغير، ولذا قد يكون تكوين الجماعة على أساس نمط الإستجابة للمرض لتعديل ذلك النمط من خلال البرامج والأنشطة التى يضعها الأخصائى.

## ٣- الحالة الجسمية:

قد تتكون الجماعة من مرضى متقاربون في المقدرة الجسمية، وبذلك يسهل وضع وتصميم برنامج يشترك الجميع في تنفيذه.

## ٤- مدة البقاء في المستشفى:

قد تتكون جماعة من المرضى الذين قضوا فترة طويلة بالمستشفى، ونفيد هذه الجماعة في الإشتراك في الخدمة المقدمة للمرضى الجدد وتعريضهم بالأطباء والأماكن، هذا بجانب وضع البرنامج في حدود فترة بقاء المرضى داخل المستشفى بجانب نوع المرض.

## ٥- العنبر:

قد يكون مرضى كل عنبر جماعة، لأن العلاقات الاجتماعية لمرضى كل عنبر قوية، ووجودهم في عنبر واحد يكون نوعاً من التماسك، غير أن تكوين جماعة على أساس مكان البقاء قد لا يوفر قدراً من التجانس.

## ٦- المستوى العمري:

قد تتكون جماعة من المرضى في سن الطفولة أو المراهقة، أو الشباب أو الكهولة، لأن لكل فئة عمرية قدر من التفاهم والتجاوب والاحتياجات.

## ٧- الهوايات الخاصة:

قد تكون وسيلة لتحقيق قدر من التجانس في جماعات المرضى خاصة إذا كانت هذه الهواية تتمشى مع حالتهم الصحية، ولذا يجب على الأخصائي أن يراعى قدر من تجانس الجماعة، بجانب أن يراعى أن بعض عدم التجانس قد يفيد الجماعة ويساعدها في عملها كوحدة.

ويعمل الأخصائي الاجتماعي من خلال فريق عمل بحيث يعمل الجميع لتقديم أوجه الرعاية الطبية والاجتماعية والنفسية للمريض ويمكن توضيح تكوين فريق العمل بالمستشفى على النحو التالي:

أ- فريق مكون من الأطباء والمرضى والأخصائيين الاجتماعيين لمناقشة حالة المريض والجوانب المرتبطة بالمرض وتشخيص الحالة ووضع خطة للعلاج ودور كل تخصص في الحالة.

ب- الاجتماعات الدورية مع فريق الخدمة الاجتماعية بالمستشفى لوضع الخطط العامة للخدمة الاجتماعية وخطة كل قسم في المستشفى.

ج- الاجتماعات لكل العاملين في المستشفى للتنسيق والتكامل بين كافة الأقسام والتخصصات وتقييم كافة الخدمات المقدمة للمرضى.

برامج جماعات المرضى:

ويمكن في إطار الأسس والمبادئ التي تم عرضها يمكن أن تقدم بعض البرامج الخاصة بجماعات المرضى:

١- بعض الألعاب المسلية الخفيفة داخل النادي بالمستشفى إن وجدت أو في أماكن التجمع.

٢- حفلات السمر التي تطفئ البهجة والسرور على المرضى بحيث يشترك فيها غالبية المرضى وفقاً لهواياتهم وقدراتهم.

٣- الندوات ويمكن أن تكون هذه الندوات مفيدة لمجموعة المرضى بحيث تقدم معلومات تهم المريض بحيث يتم فيها دعوة المتخصصين في موضوع الندوة كالأطباء ورجال الدين ورجال السياسة والأخصائيين الاجتماعيين ... إلخ.

٤- المناقشات الجماعية لجماعة المرضى حول أهم الموضوعات والقضايا التي تهم جماعة المرضى.

٥- الرحلات الترفيهية للقادرين على الحركة ويفضل أن يشترك فيها الأطباء والمرضى لرفع الروح المعنوية للمرضى.

٦- إقامة الحفلات بالإشتراك مع أهالي المرضى أو جماعات البيئة لرفع الروح المعنوية للمرضى<sup>(٤)</sup>.

٧- عمل بعض برامج الخدمة بالمستشفى يقوم بها المرضى القادرون على بذل الجهد الطفيف.

٨- برامج ثقافية كالندوات والمحاضرات والمناظرات، هذا بجانب وجود مكتبة داخل المستشفى تساعد المرضى على الثقافة وتخفيف الشعور بالملل، هذا بالإضافة إلى عرض بعض الأفلام التسجيلية عن الوقاية من الأمراض أو الأفلام المسلية التي تطفى جواً من المرح بين المرضى.

### ثالثاً: دور المنظم الاجتماعي في العمل مع مجتمع المؤسسة العلاجية:

توجد مجموعة من الأسس والمعايير التي يلتزم بها الممارس المهني في تنظيم المجتمع أثناء عمله في المستشفى وهي:

#### ١- الإتصال بال جماهير ويشمل:

١- تعرف الأخصائي على المجتمع الذي سوف يعمل معه من خلال مقابلة المسؤولين بالوحدات العلاجية وتعريفهم بدوره الذي يمكن القيام به من خلال تعاون المسؤولين بالوحدات معه.

٢- زيارة المتفعين ومقابلة المرضى وأصحاب الحاجة والاستماع إلى شكاوهم ومشكلاتهم واحتياجاتهم إيماناً بأن التنمية هي حصيلة

للتعاون بين جميع الأطراف وتنظيم جهودهم لمواجهة المشكلات والاحتياجات بشكل فعال.

٣- الاتصال بالعاملين بالوحدات والتعرف عليهم وتوضيح دوره لهم والتعرف على دور العاملين. باعتبارهم محور العمل والمسؤولين عن التنفيذ وأن عمله لا بد وأن يكون بالتعاون مع الجهاز القائم.

٤- ومن خلال هذه اللقاءات يمكنه التعرف على القادة الطبيعيين والممثلين والمهنيين من بين المنتفعين والأهالي من سكان المنطقة، ومن بين العاملين في الوحدات الطبية والعمل على توثيق العلاقة بين الناس لكسب ثقتهم وجهودهم، لذلك لا بد أن يكون سلوك الأخصائي وتصرفاته ومظهره لا يتعارض مع مشاعر وقيم الجميع.

#### ب- دراسة المجتمع:

ولا يمكن للأخصائي أن يساعد المجتمع على حل مشكلاته وإشباع احتياجاته بغير الإلمام ببعض المعلومات عن هذا المجتمع وقيمه وأنشطته. الاقتصادية والثقافية والصحية والمشكلات الملحة بصفة عامة وذلك بالإستعانة بما هو متاح من وثائق وسجلات وخرائط وإحصائيات دالة للخدمات الحكومية والشعبية في المنطقة، فضلاً عن المصادر الشخصية وتشمل القادة المحليين والمواطنين ذوى الخبرة وذوى النفوذ والمؤسسات ومن خلال هذا يبدأ في تكوين فكرة عامة عن بعض المشكلات الملحة التي يشعر بها الناس، ويستمع للحلول التي يفترضونها لحل تلك المشكلات.

#### ج- بناء جهاز العمل الرئيسي:

لا بد للعمل في مجال تنظيم المجتمع من وجود مجلس رئيسي يعمل معه الأخصائي للقيام بعمليات التنظيم على أن يمثل القطاعات المختلفة في المجتمع الطبي.

وينبغي أن يتكون من العناصر الكفيلة بإمجاح الجهود المهنية والعمل سواء أكان من الأجهزة الحكومية أو الشعبية، كما يختلف هذا المجلس باختلاف المجتمع وطبيعة المشكلات، فقد يلجأ الأخصائي إلى تشكيل لجنة من المواطنين ومن ممثلى المصالح تنتهى مهمتها بعلاج المشكلة، وقد يرى الأخصائي وجوب إنشاء هيئة دائمة، وذلك لتحمل مسؤولية المشاكل المتجددة فى حياة المجتمع الطبى الذى يعمل فيه.

وفى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية بالوحدة، يعتبر مجلس جمعية الخدمة الاجتماعية بالوحدة بمثابة الحقيقة الدائمة التى تتحمل مسؤولية مواجهة المشكلات الصحية، كما أن من حقه تشكيل اللجان المتخصصة لعلاج مشاكل معينة وله أن يستعين بخبرات أخرى من خارج أعضاء المجلس.

هذا ويلتزم أخصائى تنظيم المجتمع فى عمله فى المجال الطبى بخطوات تنظيم المجتمع التى تتمثل فى أربع مراحل رئيسية وهى مرحلة الدراسة والتعريف والاستطلاع - ثم مرحلة وضع الخطة - والمرحلة التنفيذية - ثم مرحلة التقويم.

وأصبحت الرعاية الصحية محل إهتمام كافة الحكومات شرقية وغربية، الدول الرأسمالية أو الاشتراكية، وحتى دول العالم الثالث.

وتعتبر برامج الرعاية الصحية من الخدمات الاجتماعية التى تقدمها الدولة لمواطنيها فى شكل برامج وقائية وعلاجية تقدم من خلال شبكة من الأجهزة والمؤسسات كالمستشفيات والعيادات والمعامل ومصانع إنتاج الأدوية.

ومن المستحيل التخطيط للرعاية الصحية دون الأخذ فى الاعتبار بالتفاعل المستمر بين الصحة وبين البيئة الاجتماعية ويحذر «مردال» من

الوقوع فى عملية تبسيط المشاكل الصحية، عن طريق عزل الصحة عن غيرها من العناصر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

وإذا كانت طريقة تنظيم المجتمع تركز على ضرورة اشتراك الناس والمشاركة فى التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقويم لمشكلاتهم وطريقة توجيهها من خلال البرامج والمشروعات، فإن المنظم الاجتماعى يساعد الأهالى ويستثير مشاعرهم بقصد خلق شعور بالحاجة إلى مشروعات التغيير لتحقيق الإشباع لاحتياجاتهم المتزايدة والمتجددة.

ولذا تعددت أدوار المنظم الاجتماعى وفقاً لظروف المجتمع وطبيعة الجهاز الذى يعمل من خلاله، وسنحاول فى هذا الجزء، عرض لدور المنظم الاجتماعى فى المؤسسة الطبية وذلك على النحو التالى:

#### دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع مجتمع المرضى فى المؤسسة الطبية:

إن الأهداف التى يسعى إلى تحقيقها المنظم الاجتماعى يمكن أن تكون أهدافاً تخطيطية لإحداث التغيير كهدف، أو أهدافاً تنسيقية لدعم العلاقات والتعاون بين المجتمع وأجزائه أو أهدافاً تدمجية لدعم المشروعات والخدمات أو أهدافاً أخرى عامة تتناول علاج المشكلات التى تتعلق بالسلوك الاجتماعى للجماهير والعادات الاجتماعية التى تعوق المجتمع وتنميته.

والواقع أن الدور الأساسى لأخصائى تنظيم المجتمع مهما اختلفت وجهات النظر، هو إستثارة سكان المجتمع للشعور بالحاجة إلى إتخاذ القرارات التى تحدد أهدافهم والوسائل والأساليب المختلفة التى يمكن استخدامها لتحقيق تلك الأهداف وهنا يساهم بدوره فى إحداث التغيير.

وجدير بالذكر، أن الأخصائى الاجتماعى، لا يمارس عملاً حراً، ولكنه موظف بأحد أجهزة تنظيم المجتمع، والذى يدفع راتبه، ويمده بالإمكانات

ولذلك، فعلى الأخصائي الاجتماعي أن يلتزم بفلسفة الجهاز ونظامه، وأساليب عمله، ويتحرك من خلاله ويخضع لتوجيهاته، ويحترم القيود التي يضعها فيما يتعلق بحرية الحركة<sup>(٥)</sup>.

هذا وتعد الوظيفة الأساسية لأي مجتمع، هي إشباع احتياجات أفرادها عن طريق التنظيمات الاجتماعية الموجودة فيه، وإنه من الملاحظ في وقتنا الحاضر وخاصة في المجتمعات النامية - أن هناك إزدياد كبير في الاحتياجات من ناحية، وقلة شديدة أو ندرة للموارد المتاحة من ناحية أخرى.

ومن هنا، تبرز أهمية دور طريقة تنظيم المجتمع كأداة فعالة لمساعدة المجتمعات على التعرف على ألوان القصور والثغرات الموجودة في تنظيماتها الاجتماعية، والتي تؤدي إلى ظهور المشكلات المجتمعية ومعاونتها على إحداث التغيير اللازم، لسد هذه الثغرات وعلاج تلك المشكلات<sup>(٦)</sup>.

ولا يقتصر التغيير الذي تستهدفه طريقة تنظيم المجتمع على النواحي المادية فحسب، بل يمتد ليشمل النواحي الاجتماعية أيضاً كالتفاعلات، والعلاقات الاجتماعية بين سكان المجتمع، وعاداتهم وتقاليدهم، وقيمهم، ومعاييرهم الأخلاقية.

وعلى الرغم من أن طريقة تنظيم المجتمع تنظر إلى المجتمع كوحدة متكاملة، إلا أنها تركز في تعاملها على العنصر البشري الذي يعتبر أكثر الكائنات الحية تعقيداً، وتجهل عنه أكثر مما تعلم، وعلى الرغم من هذا القليل الذي إنعرفه عنه إلا أنها تقوم بدورها الفعال بالنسبة له، من حيث إشباع احتياجاته، وحل مشكلاته وتحقيق أهدافه في تحسين مستواه الاقتصادي والاجتماعي<sup>(٧)</sup>.

وتختص ممارسة تنظيم المجتمع، بكيفية تطبيق مهنة الخدمة

الاجتماعية لإشباع احتياجات، وحل مشكلات سكان المجتمع ويستلزم ذلك أن يكون للمجتمع هدف واضح فى توفير الرعاية الاجتماعية لسكانه، ويتحدد هذا الهدف فى ضوء السياسة الاجتماعية للمجتمع، تلك السياسة التى تنبثق عن السياسة العامة والتى يضعها المجتمع فى ضوء أيديولوجيته، وموارده والظروف المحيطة به، وأن اجراءات العمل فى الممارسة تختلف بالضرورة بين مجتمع وآخر، بحسب حجم المجتمع وطبيعة ونوعية احتياجاته ومشكلاته.

وإذا اعتبرنا أن المؤسسة الطبية، تنظم يعمل على تقديم الرعاية الطبية للمرضى، أو أنها معاهد تعليمية فى مجال الطب مثل المستشفى الجامعى بمدينة الإسكندرية ومستشفى القصر العينى بالقاهرة فإن تلك لايعدها عن دورها الأساسى كأداة لتقديم الرعاية الصحية للمجتمع المحلى الذى تقع فيه، ويمتد نشاطها ليشمل كل مجالات الرعاية الطبية من وقاية وتشخيص، وعلاج وتأهيل وتعليم طبى، وبحث علمى مستهدفاً من ذلك صالح المريض الذى أنشئت المؤسسة الطبية لخدمته ورعايته صحياً واجتماعياً.

وبهذا المفهوم، يمكن الإتفاق على أن المؤسسة الطبية مركز إشعاع صحى للمجتمع الذى تتواجد فيه، وقادرة على أن تغير من صورة الصحة العامة لذلك المجتمع، ومن جانب آخر، نجد أن للمؤسسة الطبية حقوقاً تترتب لها قبل المجتمع المحلى الذى تعيش فيه، أهمها حق المساندة والتدعيم بالرأى - والكلمة والعمل ولايتأتى ذلك إلا إذا تفهم المجتمع دور المؤسسة الطبية، وتفهمت المؤسسة الطبية احتياجات المجتمع وسعت لتحقيقها، وبذلك، يحاط المجتمع علماً بحقيقة المؤسسة الطبية، ويتفهم أهدافها ومشاكلها، بل ويلتزم بأهمية خدماتها - ومن ثم، يكون قادراً على تقدير المكانة، والدور الذى تلعبه المؤسسة الطبية فى حياته، نتيجة إلى دعمها وتأييدها.

وبهذا المفهوم لدور المؤسسة الطبية، وتفاعله مع المجتمع المحلى الذى تقع فيه، يصبح من الضروري أن يكون من بين أعضاؤه من هو قادر عملياً على النزول لهذا المجتمع والتعرف على أفراد، وقياداته وعلى إمكانياته وموارده، كما تكون لديه الوسائل التى تمكنه من التعرف على المشاكل والاحتياجات الصحية لهذا المجتمع، وواضح أن الأخصائى الاجتماعى الطبى، بحكم دراسته وخبرته، وتدريبه، من أقدر الأفراد للقيام بهذا الدور وعلى بناء علاقة سوية دائمة، وإيجاد نوع من الثقة المتبادلة بين المؤسسة الطبية، وأفراد هذا المجتمع، فضلاً عن مهمته الرئيسية بداخل مجتمع المؤسسة الطبية، فى محيط المرضى والمعوقين فى شتى مداخل علاجهم ورعايتهم<sup>(٨)</sup>.

وتأسيساً على ما سبق، يمكن القول أن المنظم الاجتماعى بالمؤسسة الطبية، له أدوار وظيفية داخل نطاقها، أو فى أى حدود المؤسسة الطبية، وأدوار وظيفية أخرى تمتد لتشمل المجتمع الذى تتواجد فيه المؤسسة الطبية، وسوف نناقش هذه الأدوار كل على حدة.

#### ١- الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعى الطبى داخل المؤسسة الطبية:

١- المساهمة فى وضع سياسة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وتحديد أهدافه فى ضوء السياسة الاجتماعية للمؤسسة الطبية من جانب، والسياسة الاجتماعية للمجتمع من جانب آخر.

٢- العمل على مساعدة مجلس الإدارة، أو اللجان التى يستند إليها العمل معها لتأدية مهمتها بنجاح، مع الإهتمام بمراكز القوة بين العاملين فى المؤسسة الطبية والتأثير عليها فى عملية إتخاذ القرارات التى تتعلق بنشاط مجتمع المؤسسة الطبية لصالح العاملين فيها من جانب ولصالح المرضى من جانب آخر.

٣- المساهمة فى القيام بمد الأنساق الداخلية الموجودة بالمؤسسة الطبية،  
بالمشورة الفنية، التى تساعدهم على القيام بمسؤولياتهم قبل المرضى  
خير قيام، والتعاون مع المهتمين ذوى التخصصات المهنية فى المؤسسة  
الطبية فى صورة فريق عمل Team Work ليكشف لهم عن الجوانب  
الاجتماعية والنفسية، والأسرية والبيئية ذات الصلة الوثيقة بالأمراض  
التي يعانى منها بعض المرضى.

٤- المساهمة فى القيام بالبحث والدراسة، للتعرف على احتياجات مجتمع  
المؤسسة الطبية، ومشكلاته، وموارده وإمكانياته، تمهيداً لترتيبها حسب  
أهميتها ووضعها فى أولويات والعمل على إشباعها أو حلها فى  
حدود الموارد والامكانيات المتاحة، أو التى يمكن إيجادها.

٥- العمل على تنسيق جهود الأنساق الداخلية بسسة الطبية، لمنع  
تكرار أو تضارب الخدمات التى تقوم تلك احدات بتقديمها  
للمرضى، كما يسهم فى تهيئة مناخ جيد للعلاقات الإنسانية داخل  
مجتمع المؤسسة الطبية.

٦- إيجاد مشروعات تستلزم إشترك وتعاون فئات العاملين بالمؤسسة الطبية،  
وتحقيق فائدة لهم، كأسلوب لإيجاد التكامل بين فئات العاملين  
بالمؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى علاج المرضى.

٧- المساهمة فى العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها  
المؤسسة الطبية للعاملين من جانب وللمرضى من جانب آخر، على  
أن تؤدي تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى العاملين والمرضى،  
وتحفظ عليهم كرامتهم.

٨- المساهمة فى عملية التسجيل، والتأكد من أن جميع الأعمال

والأنشطة والبرامج التي يمارسها نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، تسجل تسجيلاً دقيقاً للإفادة منه في عملية تقويم النسق لقياس مدى نجاحه أو فشله من جانب ويعاونه الأخصائيين الاجتماعية الجدد والذين يعينون مستقبلاً في المؤسسة الطبية، في الإنطلاق من حيث إنتهى زملائهم القدامى من جانب آخر وذلك مما يكون له أكبر الأثر في خدمة مجتمع المؤسسة من: جانب، وخدمة المرضى من جانب آخر.

#### ب- الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعي الطبي خارج المؤسسة الطبية:

١- على المنظم الاجتماعي الطبي أن يتعرف على كافة الأجهزة والهيئات التي تؤدي خدمات طبية بمختلف أنواعها وذلك ليتضح له أوجه الإزدواج أو النقص أو التكامل في أنواع الخدمات الطبية التي تؤدي للمجتمع المحلي من جانب آخر ولكي يستطيع أن يستغل هذه الأجهزة والهيئات لصالح مرضى المؤسسة الطبية التي يعمل بها من جانب آخر.

٢- التعرف على المشكلات الاجتماعية بالمجتمع المحلي - المقام به المؤسسة الطبية التي يعمل بها - ذات الأثر على الصحة وإستشارة الناس وتوعيتهم لتجنبها.

٣- المنظم الاجتماعي بحكم عمله وإتصاله بزملائه العاملين بالهيئات المحيطة وبالرأى العام داخل المجتمع المحلي الذي توجد به المؤسسة العلاجية الطبية يستطيع أن ينقل إلى إدارة المؤسسة الطبية ردود الفعل وانطباعات الناس عن الخدمات التي تؤديها المؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر في تقويم دور المؤسسة الطبي، ومن ثم تعمل على إزالة كل ما يحول دون تأدية رسالتها في المجتمع على الوجه الأكمل هذا من

جانب، ومن جانب آخر يعمل المنظم الاجتماعي الطبي على تنمية المجتمع المحلي بدور المؤسسة الطبية، وأهدافها وكيفية الاستفادة من خدماتها وعلية أيضاً تنسيق الموارد البيئية ونشر الوعي في المنطقة المحيطة بالمؤسسة الطبية، بما يحقق أقصى استفادة من خدمات المؤسسة الطبية.

وفي النهاية فإننا نشير إلى أن طرق الخدمة الاجتماعية متكاملة، حيث أن نطاق عمل الخدمة الاجتماعية يمتد إلى وجوه الإنسان المختلفة التي يعيش فيها، فهي تعمل مع الأفراد كما تعمل مع الجماعات، وأيضاً تعمل مع المجتمعات.

فالخدمة الاجتماعية حينما تعمل مع الفرد بصورة مباشرة إنما تتعامل مع الجماعات والمجتمع بصورة أخرى.

كذلك الحال حينما تتعامل مع الجماعات نجد بالضرورة أهمية العمل مع أعضاء الجماعة كأفراد، مثل الفرد الذي تواجهه مشكلة أو يتميز بقيادة تحتاج إلى صقل، كما تعمل مع الهيئة أو المؤسسة التي تحتضن الجماعة، لتقارب بين أغراضها وإنتاجاتها، وأيضاً تعمل مع المجتمع المحلي الذي تتواجد فيه هذه المؤسسة لاستغلال موارد البيئة في تحقيق أهداف المؤسسة من جانب، والجماعات التي تنتمي إليها هذه المؤسسة من جانب آخر.

إن العلاقة بين طرق الخدمة الاجتماعية - خدمة الفرد - وخدمة الجماعة، تنظيم المجتمع - إنما هي علاقة لاتستمد من واقع المنفعة المشروطة بتقديم قضايا ملموسة نافعة فحسب، وإنما علاقة أعضاء الجسم الواحد، بطبيعة واحدة وبوظيفة واحد، إن حدث وتعددت أعضاؤه، فهو لتحقيق هدف مشترك وهو رفاهية الإنسان وسعادته فالجوهر واحد، والفلسفة واحدة، بل إن المفاهيم والمبادئ الأساسية نفسها واحدة، وهذه حقيقة

يؤكددها الواقع الميداني ذاته، كما يجسدها كل من مارس المهنة من الإخصائيين الاجتماعيين.

الأدوار الوظيفية التي حددتها وزارة الصحة للأخصائي الاجتماعي الطبي:

حددت وزارة الصحة اختصاصات وإيجابيات الأخصائي الاجتماعي الطبي في ميادين الخدمة الاجتماعية طبقاً لقرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ بتاريخ ٩ / ١٢ / ١٩٧٠، بشأن إصدار دليل العمل الإداري لإدارة الخدمة الاجتماعية الطبية جاء فيها ما يلي:

«يعتبر جهاز الخدمة الاجتماعية بالوزارة بحكم تكوين أفرادها وطبيعة عملهم ودراستهم وتأهيلهم أكثر الأجهزة اتصالاً بالجمهور وتفهمها لرغباته والالتحام معه وكسب نفقتهم بحيث يستهدف جوهر العمل الاجتماعي بوحدات الوزارة ما يأتي:

١- التعرف على آراء ومشاكل الجماهير المنتفعة بخدمات الوزارة وإنخاذ الخطوات اللازمة لحلها.

٢- أن يكون موصلاً جيداً لما تريده الوزارة أن تصل به إلى الجماهير وذلك عن طريق:

أولاً: اعتبار العمل الاجتماعي وثيق الصلة بالجماهير مع المرضى بالأقسام الداخلية وفي العيادات الخارجية وأثناء الزيارة هدفه الأول حل مشاكل المرضى الاجتماعية والمسببة أو الناجمة عن المرض أو الإصابة.

ثانياً: الأخذ بمبدأ ربط الخط السياسي بالعمل الاجتماعي والتحرك الدائم وخاصة في المستشفيات العامة، والتوعية باعتبار الإخصائي.

الاجتماعى يعمل فى المستشفيات على المستوى المحلى سواء أكان هذا عن طريق عمل استفتاءات، ومقابلات شخصية أو حضور الندوات السياسية التى تعقدها الأجهزة السياسية، أو عقد اجتماعات للعاملين، أو صندوق الشكاوى، وما إلى ذلك من أساليب وقياسات اتجاهات الرأى العام.

ثالثاً: إعتبره عاملاً فى عمليات تنظيم المجتمع عن طريق المجلس المحلى بالمستشفيات العامة، كمجالس الإدارة ومجلس الخدمة الاجتماعية، والعمل على تنمية النشاط الأهلى والمساهمة فيه كجزء هام من موارد البيئة لصالح الجماهير المترددين على الوحدة.

رابعاً: أن تكون القوانين التى كفلتها الدولة لتأمين أفرادها محوراً للعمل الاجتماعى المتطور لقوانين التأمينات الاجتماعية، والصحية، وقوانين العمل والضمان الاجتماعى وما إليها.

#### الإختصاصات العامة للمنظم الاجتماعى فى كافة القطاعات:

١- استطلاع رأى الجماهير المنتفعة بخدمات الوحدة، والإشتراك فى دراسة المشاكل الاجتماعية التى قد تطرأ على المرضى والعاملين بها، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها عن طريق:

أ- أن يتواجد الأخصائى الاجتماعى بالعيادة الخارجية للوحدة فضلاً عن تواجده بأقسام الأستقبال وسط المترددين عليها لتسهيل مهمتهم فى الحصول على الرعاية الطبية فى سهولة ويسر دون معاناة، ولحل المشاكل اليومية التى تنجم عن إتصال الجمهور بالمستشفى.

ب- وضع صندوق الشكاوى أو الرغبات، يكون مفتاحه مع الأخصائى الاجتماعى ويتم فتحه دورياً (حسب ما تقضى به التعليمات) ويتم

تسجيل جميع ما ورد فيه وتفريفه، وحل ما يمكن حله من هذه المشاكل على مستوى الوحدة ورفع مستوى ما يحتاج إلى مستوى أعلى.

ج- أن تعد إستمارة إستفتاء على عناصر الخدمة التي تؤديها الوحدة تملأ بمعرفة الأخصائي الاجتماعي لعينات من المرضى الذين يتقرر خروجهم، وتجمع هذه الاستمارات ويتم تفريفها وتبويبها، وتحليلها بصفة دورية، لتكون مؤشراً جماهيرياً بالنسبة لخدمات كل وحدة.

د- أن توضع خطة عمل مشتركة بين أجهزة الخدمة الاجتماعية بالمناطق والوحدات وبين الجهاز السياسي بالمنطقة، وذلك بالإتفاق مع أمانة المحافظة بحيث يكون الأساس فيها هو التعرف على المشاكل الجماهيرية والتعاون على حلها بالحلول الذاتية بالإستعانة بجميع موارد البيضة من نشاط أهلى، إلى أجهزة حكومية قائمة، إلى غير ذلك مما يمكن الاستفادة به فى خدمة المريض وأسرته.

هـ- الاستفادة بالنشرات التي تعد بمعرفة الإدارة العامة للإعلام والثقافة الصحية بالوزارة، والتي تستهدف تبصير الجمهور وتعريفه بخدمات الوزارة، وكذلك بمختلف النشرات التي تعد عن طريق الأجهزة المختلفة وتخدم نفس الغرض.

٢- أن يكون الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى أو بالوحدة الطبية بمثابة رجل العلاقات العامة، من مهمته أن يتحرك وسط الجماهير داخل الوحدة وخارجها، والإتصال الوثيق بجميع المنظمات الاجتماعية والسياسية، والتعاون الصادق مع العاملين بها فى الخدمات العديدة، كالتروعية السياسية أو مكافحة الأمية، وتنظيم الأسرة، ودور الحضنة، والجمعيات التعاونية بالوحدة، وغيرها من المشروعات القومية.

٣- تنظيم البرامج الترفيهية وشغل أوقات الفراغ وذلك بإنشاء الأندية المزودة بوسائل التسلية كالتلفزيون، والراديو، والألعاب الداخلية، والأشغال اليدوية الخفيفة، وإنشاء مكتبة تحتوى الجرائد والمجلات والكتيبات والنشرات.

٤- الإهتمام بالتوعية بالتنظيم للحفلات السينمائية والمسرحية والموسيقية وتوزيع المساعدات والهدايا فى المناسبات المختلفة.

٥- الإهتمام بالتوعية فى كافة مجالاتها (الصحية - الاجتماعية - القومية - السياسية - الدينية ... إلخ) الفردية والجماعية سواء عند المقابلة الشخصية، أو الزيارات المنزلية أو الندوات الثقافية فى المناسبات المختلفة.

٦- القيام بأعمال مقرر مجلس الخدمات الاجتماعية أو اللجان الاجتماعية والمنشقة عن مجالس المستشفيات أو غيرها فى حدود الاختصاصات والتعليمات الصادرة بشأنها.

٧- نشر الوعي بين العاملين فى الوحدة وعقد الندوات لهم للاستفادة الكاملة من أوجه النشاط الثقافى والاجتماعى والرياضى، كذلك المساعدات الاجتماعية المتاحة من حصيلة الجزاءات وإجراء البحوث الاجتماعية للعاملين المستحقين لتلك المساعدات.

٨- فتح واستخدام السجلات والاستمارات والمطبوعات الخاصة بالخدمة الاجتماعية، وإتباع كافة القواعد والنظم المقررة لذلك والالتزام بها.

٩- عمل تقرير شهرى وسنوى عن كافة أوجه الخدمات والنشاط الاجتماعى طبقاً للنماذج المقررة.

١٠- حصر موارد البيئة للتعرف على جميع الامكانيات المتاحة لتوجيهها

لخدمة الجماهير، والارتفاع بخدماتها إلى أقصى حد ممكن، ومنها (وحدات الشؤون الاجتماعية - النقابات المهنية - الجمعيات الخيرية - الوحدات التابعة للوزارة - الخدمات والمؤسسات والهيئات ... إلخ). والإتصال باللجان الصحية التابعة للمكاتب التنفيذية للجهاز السياسى بالمنطقة. وأن يكون لدى الأخصائى الاجتماعى دليل مفصل من جميع الموارد.

١١- إتخاذ البحث الاجتماعى وسيلة لحل مشاكل المريض (فى الأسرة أو العمل أو المدرسة) وإعتبار السرية الكاملة فيما يدلى به المريض من مشاكل وأسرار أمراً أساسياً فى عمل الأخصائى الاجتماعى، ولايتأتى ذلك إلا بتهيئة الإمكانيات المكانية والمادية للمحافظة على هذه السرية.

١٢- القيام بتدريب الفئات التى يوكل إليه تدريبها فى ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية، كعض العاملين فى الميدان الاجتماعى وطلبة معاهد وكليات الخدمة الاجتماعية.

١٣- التعاون مع إدارة الوحدة لحل المشاكل التى يشيرها المرضى أثناء تواجدهم أو تردهم على الوحدة.

١٤- يعتبر متابعة العمل الاجتماعى من أهم العوامل لنجاح وإنجاز جهود الأخصائى الاجتماعى.

وهنا نؤكد أن الأخصائى الاجتماعى الطبى عندما يمارس طريقة تنظيم المجتمع لايقوم بمعالجة أفراد أو جماعات بل إن دوره العلاجي يتم على مستوى المجتمع (المؤسسة الطبية - المجتمع الخارجى) حيث ينبه المجتمع لوجود قسم الخدمة الاجتماعية الطبية موضحاً جهود وخدمات هذا القسم ومحاولة ربط الجمعيات الأهلية والمتطوعين فى محاولة منهم لرفع مستوى

الخدمات وتنمية الموارد البيئية والاعتماد على القيادات المحلية فى دعم المؤسسة الطبية أو بعبارة أخرى للعمل على تحقيق أهداف هذه المؤسسة.

ومن أهم أدوار أخصائى تنظيم المجتمع الطبى دوره مع الجهاز الفنى والإدارى للمستشفى «التنظيم الذى يعمل من خلاله» حيث يعمل مع المستويات الإدارية المختلفة ويتضح دوره فى مساعدة الإدارة الصحية على المستوى الأعلى والمتوسط على القيام بالأعمال الآتية:

- ١- توفير النواحي المالية للوحدات الصحية المحلية.
  - ٢- دراسة الحاجات الصحية للمجتمع وكذا إمكانياته للقيام بتخطيط برنامج يواجه هذه الحاجات الصحية، ويغضى النقص من الخدمات القائمة.
  - ٣- مد الوحدات الصحية على المستوى المحلى بالمساعدات والاستشارات الفنية التى تسترشد بها.
  - ٤- تحديد معايير الخدمة الصحية على المستوى المحلى.
  - ٥- تعيين الأفراد وتدريبهم.
  - ٦- القيام بالأحاديث فى المجال الصحى.
  - ٧- إصدار القوانين واللوائح والقرارات الصحية اللازمة.
  - ٨- تقوية الروابط الصحية الدولية.
- كما يتوخى فى البرنامج الصحى على المستوى المحلى تقديم الخدمة الصحية المباشرة للأهالى وخدماتها الصحية الأساسية هى :

١ - مكافحة الأمراض المعدية.

٢ - صحة البيئة.

٣- رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية ورعاية الشباب

٤- حفظ السجلات.

٥- التربية الصحية.

٦- التمريرض الصحى العام.

٧- الرعاية الطبية.

ولا تعتبر أى خدمة صحية محلية شاملة إلا إذا قدمت هذه الخدمات السبع السابقة وإذا كان المجتمع صغيراً فمن الممكن دمج هذه الخدمات فى وحدة واحدة كما هو الحال فى المجتمعات الصحية والوحدات الريفية وإذا كان المجتمع أكبر من ذلك فتقدم هذه الخدمات السبع عن طريق وحدات متخصصة كما هو الحال فى القطاع الحضرى فى مراكز رعاية الأمومة ومكاتب الصحة والمستشفيات المركزية ومكاتب الثقافة الصحية.

وإذا كان المنظم الاجتماعى فى المؤسسة الطبية يهدف إلى تحقيق أهداف هذه المؤسسة، فإن تحقيق هذه الأهداف يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالجهاز الإدارى، والفنى المتعاون ولذلك يساعد المنظم الاجتماعى الجهاز الإدارى من خلال الاعتماد على العناصر الآتية:

١- التخطيط للبرنامج الذى يعنى إنجازها.

٢- التنظيم للجهاز الذى سيوكل إليه إنجاز البرنامج المخطط.

٣- التعيين للأفراد الذين يشكلون التنظيم.

٤- التوجيه للأعمال المنظمة.

٥- التنسيق بين أعمال ونشاط الأفراد والوحدات.

٦- تقديم التقارير للمستويات الأعلى.

٧- إعداد الميزانية.

٨- تقييم البرنامج.

### أولاً: تخطيط برنامج الصحة العامة:

التخطيط خطوة أولى في عملية أكبر منه ووظيفته إكتشاف الطريق والإعداد لإتخاذ قرار بصدد مشكلة أو للقيام بعمل.

توضيح الخطة كمحصلة لأربعة عوامل أساسية هي:

أ- الحاجات والمشاكل الصحية.

ب- الموارد والإمكانات.

ج- درجة إهتمام الناس بحل المشاكل الصحية.

د- الهدف من البرنامج.

### عملية المفاضلة وإعطاء الأولويات فى التخطيط:

غالباً ما تكون الموارد والإمكانات المتاحة قاصرة على مواجهة جميع المشاكل والحاجات الصحية للمجتمع ولذلك يلجأ المخطط الكفء إلى الاختيار بين المشاكل ليختار منها المشاكل التى يبدأ بحلها قبل سواها، وعملية المفاضلة هذه عملية أساسية وتحتاج لمهارة كبيرة وتعتمد على مبررات ومسببات قائمة تؤخذ فى الاعتبار وتعطى أولويات خاصة فى الظروف التالية:

١- تعطى أسبقية لحالات الطوارئ مثل ظهور وباء أو مجاعة أو خلل فى عمليات مياه الشرب، أو عمليات تصريف الفضلات.

٢- تعطى أولوية المشاكل التي لا يحتاج حلها لموارد خاصة أى يمكن حلها في إطار البرامج القائمة فعلاً مثل التطعيم ضد السعال الديكى والتيتانوس بإعطاء الطعم الثلاثى بدلاً من إعطاء تطعيم الدفتريا فقط.

٣- تعطى أولوية للبرامج التي تغطي عدداً كبيراً من الناس فمثلاً تعطى أولوية للوقاية من مرض شلل الأطفال عن رعاية الأطفال المختلفين عقلياً.

٤- تعطى أولوية للبرامج التي تكلف أقل إذا كان العائد في الحالات متساوياً.

٥- تعطى أسبقية للبرامج التي تحتاج الإتساع لتغطية أكثر من مشكلة فمثلاً برنامج مكافحة الملاريا بالمضادات الحشرية قد يكون له تأثير على الأمراض الأخرى التي يكون للحشرات نصيب في إنتشار مثل الطاعون والتيفود والبرغيث والقمل.

٦- تعطى أولوية للبرامج التي تحتاج التنسيق مع برامج أخرى يجرى إنشاؤها فمثلاً إذا كان المجتمع بصدد تخطيط مساكن شعبية فيمكن في نفس الوقت تخطيط الأعمال الصحية.

٧- يجب أن يعطى المنظم الاجتماعى الأولوية للمشكلات والاحتياجات التي يجمع عليها أفراد المجتمع دون التحيز لفئة دون الأخرى.

**أولاً: عملية تخطيط البرامج الصحية:**

وتنقسم هذه العملية إلى ثلاث مراحل رئيسية هي:

١- مرحلة البحث والاستقصاء، وهي مرحلة جمع البيانات.

٢- مرحلة إعداد الخطة وبلورتها وإراعى ما يلي:

- أ- تحديد الهدف والغرض من الخطة الصحية.
- ب- وضع خطة صحية قصيرة الأجل لمواجهة المشاكل السريعة وخطة طويلة الأجل لحل المشكلة على المدى الطويل.
- ج- وضع القوانين واللوائح.
- د- تنظيم العمل من وحدات وأفراد.
- هـ- عملية تمويل البرنامج.
- و- التنسيق بين الخدمات المختلفة في البرنامج.
- ز- إيجاد وسيلة تساعد على عملية التقييم مستقبلاً.
- ٣- خطة التنفيذ: وتشمل التفاصيل الدقيقة لخطوات تنفيذ البرنامج مثل:
- أ- تفاصيل الميزانية.
- ب- تحديد تواريخ بدء وإنهاء الأعمال المختلفة.
- ج- إعداد كشوف تفصيلية للتجهيزات.
- د- تفاصيل طريقة تعيين الأفراد.
- ثانياً: التنظيم:

ويشير إلى مجموعة من الأشخاص أو الإمكانات إذا كانت مرتبة على شكل وحدة متكاملة بحيث تعمل في انسجام ولتحقيق هدف واحد، وتطلق عملية التنظيم على:

- ١- إجراءات تحديد الاختصاصات التي كلف بها الإدارات أو الموظفين.
- ٢- تحديد السلطة التي تعطى لكل منهم حتى يمكنهم القيام بواجباتهم واختصاصاتهم.

٣- تحديد مسؤولياتهم أمام الإدارة الأعلى.

٤- تحديد العلاقات بين الأفراد القائمين فى التنظيم لضمان تنسيق مجهوداتهم فى اتجاه تحقيق الغرض الأساسى من الخطة.

ولتأكيد سلامة البناء التنظيمى يؤخذ فى الاعتبار عدة عوامل:

١- تحديد الوحدات الأساسية - وهى الوحدات التى تحقق هدف المنظمة مثل الطب العلاجى، الصحة الوقائية.

٢- تحديد مستويات المسؤولية والسلطة - أن المستويات التى تؤخذ فيها قرارات إدارية قد يكون هذا المستوى القومى.

٣- تحديد الوحدات المساعدة - أى الخدمات التى تعاون الوحدات الأساسية على القيام بواجباتها على أكمل وجه الوحدات المالية والأرشفة.

٤- الترتيب البنائى للتنظيم ويحدده عدة عوامل منها:

أ) النظام الهرمى.

ب) المدى الإشرافى الفعال، أى عدد الرؤسين الذين يمكن أن يشرف عليهم رئيس واحد بكفاية سليمة ويتراوح بين ٥ ، ١٤ رؤوس تبعاً لنوع العمل وأهميته.

ج) من الأفضل أن يكون لكل الرؤسين رئيس واحد فى مستوى إدارى واحد ليأخذ الرؤسين إهتماماً مساوياً من الرئيس.

د) من المفيد أن تتشابه الأقسام التى تتكون منها المنظمة فى تركيبها مثل - مراكز رعاية الطفل أو وحدات الصحة الريفية وهذا يسهل عملية الرقابة أو المتابعة كما يسهل نقل الأفراد بين هذه الأقسام.

هـ) الخرائط التنظيمية وهى رسومات توضيحية تمثل بعض أوجه النظام ومن المهم إظهار وحدة الأوامر فى المرتبة التنظيمية بحيث يكون المرؤوس مسئولاً مباشراً أمام رئيس واحد عن طريق فى النهاية إلى رئيس المنظمة الأعلى.

ثالثاً: تعيين الأشخاص الذين يشكلون التنظيم:

ولتحقيق هذه المرحلة يجب تحديد الجوانب الآتية:

١- تحديد الوظائف التى ستملأ.

٢- اختيار الأشخاص لهذه الوظيفة بواسطة:

أ) الإعلان: ويحتوى على نوع الوظائف والمؤهلات والخبرة المطلوبة.

ب) الإمتحان: (الاختيار الشخصى) لمعرفة معلوماته (شخصيته صلاحيته).

جـ) التعيين.

د) تقسيم الأشخاص المعينين.

هـ) التدريب قبل وأثناء الخدمة.

رابعاً: التوجيه:

أ- عملية التوجيه:

وهى عملية إعطاء الأوامر والتعليمات وهى خطوة أساسية ولا بد أن تكون التعليمات:

١- كاملة فى حدود وخبرة وطاقة وإمكانات الموظف

٢- كاملة حتى لاترك سؤالاً فى عقل الموظف.

٣- يفضل أن تكون كتابية وخاصة إذا كانت موجهة إلى عدد كبير أو تتعلق بمسألة مهمة.

ب- الإشراف الإدارى:

الإشراف هو العلاقة بين الرئيس والمرووس وهى أساساً عملية تعليم وتوجيه للمرووسين وليست عملية تلمس الأخطاء أو العقاب ويجب أن يكون هدف الإشراف هو الحفاظ على أعلى مستوى وأرقى كفاءة فى العمل.

خامساً: التنسيق:

هو عملية وضع كل شخص أو وحدة فى مكان بحيث يكمل بعضها البعض.

سادساً: إعداد التقارير:

وهو وضع التقارير الشهرية والسنوية وتقديمها للمستويات الأعلى وهى تعطى صورة واضحة لكيفية سير العمل ونشاط البرنامج.

سابعاً: إعداد الميزانية:

أ- الميزانية: هى تقدير متوازن بين المصروفات والإيرادات لمدة محددة (سنة مثلاً).

ب- الحسابات: هى رصد الأعمال المالية وتجميعها وتلخيصها فى هيئة تقرير مالى.

ج- المراجعة: التحقق من صحة وقانونية كل الأعمال المالية.

## ثامناً: التقييم:

يعرف التقييم بأنه عملية تحديد نتيجة البرنامج من حيث تحقيقه للهدف الذى خطط من أجله وفى التقييم نقيس النتائج التى تحققت وكذلك كتابة الطرق والوسائل المستخدمة فيه.

مستويات التقييم: يوجد ثلاث مستويات:

أ) تقييم الأغراض من البرنامج.

ب) تقييم تشغيل البرنامج.

ج) تقييم نتائج البرنامج.

### ١ - تقييم الغرض من البرنامج:

ويهدف إلى معرفة ما إذا كان الغرض من البرنامج غرضاً مقبولاً وواقعياً أو غير ذلك.

### ٢ - تقييم تشغيل البرنامج:

ويهدف إلى دراسة ما يلى:

أ) قياس إمكانيات البرنامج سواء كانت إمكانيات بشرية أو تجهيزات ويكون هذا بالنسبة لسكان أو بالنسبة للعملاء الذين يقوم البرنامج بخدمتهم.

ب) قياس نشاط البرنامج وهو قياس الأعمال والجهود مثل الزيارات المنزلية أو عدد حالات الكشف التى تمت بالنسبة للإمكانيات مثل عدد حالات الكشف التى قام بها الطبيب الواحد.

ج) قياس الأداء: فمثلاً إذا أعطيت محاضرة لتنظيم الأسرة لألف من السيدات فهذا ليس يكفى بل يجب أن تعرف كم منهم حضر إلى عيادة تنظيم الأسرة، ويستعمل وسائل منع الحمل.

٣- تقييم نتائج البرنامج: يهدف هذا إلى قياس ما يلي:

أ) فاعلية البرنامج:

من أغراض البرنامج مثلاً إذا كان الغرض من البرنامج خفض معدل المواليد من ٤٠ ٪ فإذا قام البرنامج بخفض النسبة إلى ٣٠ ٪ أى خفضت ١٠ ٪ بدلاً من ١٥ ٪ فإن فاعلية البرنامج هي  $10 \times \frac{100}{15} = 66,7 \%$

ب) كفاية البرنامج:

يهدف إلى قياس مدى تناسب النتائج مع تكاليف وجود البرنامج.

طرق التقييم:

١- تقييم بواسطة عملاء البرنامج:

يتم هذا بقياس انطباعات العملاء عن البرنامج مثل استقصاء وأسباب عدم حضور السيدات لمراكز تنظيم الأسرة.

٢- التقييم بواسطة الخبراء:

وهي أكثر طرق التقييم استعمالاً ويكون ذلك بتكليف بعض من لهم خبرة في البرامج المماثلة بالقيام بتقييم البرنامج وفي هذه الحالة يقوم الخبير بمقارنة البرنامج ببرامج مماثلة أو بمعايير يعرفها<sup>(٩)</sup>.

أدوار المنظم الاجتماعي في المجال الطبي (المستشفى):

وبناءً على ما سبق سنقوم بتوضيح دور المنظم الاجتماعي في المستشفى باعتبارها أحد أجهزة تنظيم المجتمع الثانوية وذلك بتوضيح نموذج لأدوار المنظم الاجتماعي (لنيزتير) هذا بالإضافة إلى توضيح دوره مع اللجان المختلفة.

وتتلخص أدوار المنظم الاجتماعى فى العملية الآتية:

#### ١ - العمليات الإدارية:

وهى تتعلق بتهيئة جهاز تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية) للقيام بمسؤولياته، بكفاءة مع توفير جميع الامكانيات الإدارية التى تساعد هذا الجهاز على القيام بعمليات تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية) وهذه العمليات تتضمن التأكيد من العدد اللازم من العاملين ذوى التخصصات المطلوبة لمسئولياتهم فى جهاز تنظيم (المؤسسة الطبية).

ومن أهم الأعمال الإدارية التأكيد أيضاً من وجود اللجان المتخصصة فى عمليات تنظيمية بحيث تكون هذه اللجان متلائمة مع المسئوليات المسندة إليها فى جهاز تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية).

وهذا الدور يتصل بجميع العمليات الإدارية ويتضمن أيضاً الخطوات الخاصة بتهيئة جهاز تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية) لمسئولياته وتنسيق الجهود داخله وخارجه وتوزيع المسئوليات على العاملين فيه وتنظيم الإشراف على جميع الشؤون الإدارية المختلفة مثل التسجيل وتنفيذ الميزانية وتحديد مسئوليات اللجان ودعم العلاقات العامة الداخلية والخارجية وتنظيم عمليات الإتصال الداخلية وغيرها من الأعمال الإدارية التى تتضمن نجاح العمل فى أجهزة تنظيم المجتمع (المؤسسة الطبية).

#### ٢ - العمليات التربوية:

فى هذه العمليات يقوم المنظم الاجتماعى بأعمال تتصل بشعور التدريب والتثقيف وعمليات التربية والتعليم سواء فيما يختص بالعاملين داخل أجهزة تنظيم المجتمع «المؤسسة الطبية»، أو فى الهيئات الاجتماعية أو فيما يختص بالقيادات والمتطوعين أو استخدام وسائل الإتصال وعمليات

العلاقات العامة مع الجماهير الخارجية بمسئولياتهم قبل مجتمعهم ليشاركوا بقوة وإيجابية فى عمليات النهوض به.

وهذه العمليات التربوية يمكن أن تكون مباشرة أو غير مباشرة رسمية أو غير رسمية. ويستخدم فيها وسائل وأدوات كثيرة مثل الدراسة المنظمة فى المعاهد والكليات أو بإيفاد بعثات داخلية أو خارجية وعقد الدورات التدريبية وتنظيم الزيارات العلمية والندوات والمحاضرات العامة والمؤتمرات.

ويمكن أيضاً أن تتم هذه العمليات فى اللجان وحلقات البحث والرحلات والمقابلات واستخدام وسائل الثقيف المختلفة للكبار، ووسائل الإيضاح السمعية والبصرية مثل السينما والمسرح والجرائد والمجلات والتليفزيون والراديو والإعلانات والملصقات وغيرها من الأدوات التى يستخدمها المنظم الاجتماعى للاستشارة والتوعية والتوجيه والإرشاد وتوصيل المعلومات ورفع المستوى الثقافى والمعرفى والفكرى لدى العاملين بالجهاز والمواطنين.

### ٣- العمليات المهنية بين الجماعات:

فى هذه العملية يكون الاهتمام فى العمل بين الجماعات مركزاً على خدمة المجتمع ومسئولية المنظم الاجتماعى تتجه نحو المجتمع ككل، ولذلك فإن دوره مع أعضاء الجماعات فى أجهزة تنظيم المجتمع «المؤسسة الطبية» سواء القيادات المهنية أو الشعبية أو القيادات السياسية الذين هم فى الواقع ليسوا سوى ممثلين للمجتمع هو دعم التعاون بينهم وتنسيق جهودهم لأنه عن طريق هذه القيادات وقيامها بمسئولياتها قبل المجتمع بنجاح يمكن أن تحقق أهداف تنظيم المجتمع.

ويتم عادة وضع الخطط المناسبة بعد تحديد الاحتياجات ومعرفة

الصعوبات والمشكلات ووضع الأهداف المطلوب الوصول إليها. وبجانب ذلك اكتشاف الموارد البشرية والمادية الميسرة، كل هذا يساعد المنظم الاجتماعي ليس في الدراسة فقط بل أيضاً في تشخيص احتياجات المجتمع وتحديد الصعوبات والمشكلات ووضع الخطط المناسبة في حدود الموارد وأيضاً وقاية المجتمع مستقبلاً من الوقوع. في هذه المشكلات مرة أخرى مع حشد جهود هذا المجتمع لمواجهة صعوبات ومواقف أخرى بنجاح مستقبلاً.

#### ٤ - العمليات الإنشائية والإنمائية لتحقيق التغير الاجتماعي المرغوب:

إن عمل المنظم الاجتماعي في المجتمعات يكون غالباً موجهاً نحو إحداث التغير الاجتماعي على التحرك بالمجتمع نحو التقدم والتنمية بصفة مستمرة وهذا يمكن تحقيقه باتباع الأسلوب العلمي القائم على منهج التخطيط وعلى مهارة وقدرة المنظم الاجتماعي. وإن دور المنظم الاجتماعي في العمليات الإدارية والمهنية والتربوية كلها عمليات تحقق التنمية والتقدم المطلوب الوصول إليهما.

ويطالب «نيوزتر» في هذا الدور بالذات وفي عمليات التنمية والتقدم بصفة خاصة أن يقوم المنظم الاجتماعي بالعمل على اكتشاف موارد جديدة في المجتمع زيادة على الموارد الحالية ومحاولة إضافتها إلى موارد المجتمع مثل إنشاء هيئات جديدة أو اكتشاف قيادات سياسية أو مهنية أو شعبية ودعم أجهزة تنظيم المجتمع «المؤسسة الطبية» بإنشاء أقسام وإدارات جديدة مثل إنشاء قسم للبحوث أو الاستعلامات أو الإرشاد الاجتماعي أو مكاتب ومراكز التطوع أو دعم لجان جهاز تنظيم المجتمع «المؤسسة الطبية» بلجان جديدة لم تكن موجودة بما يتناسب مع مسؤوليات الجهاز وحاجة المجتمع.

ويدخل ضمن إطار هذا الدور أيضاً العمليات المتعلقة بجمع الأموال وتوفير الميزانيات للقيام بمشروعات وبرامج جديدة يحتاجها المجتمع لتوسيع

نطاق العمل حتى يشمل مناطق ومجالات وفئات لم يسبق أن استفادت قبل الآن.

ويلاحظ في محاولة «نيوزتتر» أن الجديد فيها هو إطلاق اسم العمل بين الجماعات على طريقة تنظيم المجتمع ولكن من حيث تحديده للأدوار فإنه قد وقع في العديد من الأخطاء حيث أنه خلط بين الدور والعملية لأن الدور الاجتماعي يشتمل على العديد من العمليات كما أنه في تحديده للعمليات الإنمائية والإنشائية فإن ذلك لا يعتبر دوراً قائماً بذاته إذا أن الهدف النهائي لطريقة تنظيم المجتمع التي تهدف إلى إحداث التغيير الاجتماعي المرغوب بل أن ذلك ليس وقفاً على طريقة تنظيم المجتمع وحدها بل أنه هدف العديد من المهن الموجودة في المجتمع.

كما أن العمليات الإدارية التي يطالب المنظم الاجتماعي القيام بها يوجد العديد من المهنيين الذين يمكن أن يقوموا بهذه الوظيفة أو المسؤوليات بكفاءة بناءً على تخصصهم أكثر من المنظم الاجتماعي.

وتوسيع قاعدة العمل والمسؤوليات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي تفقده تخصصه وتقلل من فرص اعتراف المجتمع به. وخاصة بعد إنفتاح ممارسة الخدمة الاجتماعية في الأجهزة المضيفة في مجالات الرعاية الاجتماعية المتعددة<sup>(١٠)</sup>.

وهنا سنلقى الضوء على نظرية «ماري روس» لدور المنظم الاجتماعي في التنظيمات الاجتماعية (في المستشفى):

أولاً: دور المرشد:

ويقوم المنظم الاجتماعي بهذا الدور لمساعدة المستشفى على إيجاد الوسائل المختلفة لتحقيق أهدافها حيث يقوم المنظم الاجتماعي بالآتي:

١ - المبادأة: بحيث يقوم المنظم الاجتماعي باستشارة الوعى الاجتماعي .  
للعاملين فى المنشأة الطبية لإدراك مشاكلهم، وأصعب الأعمال التى تواجه المنظم الاجتماعي ( كمرشد ) عندما يعمل فى مجتمع يظهر فيه نوع من سوء التنظيم أو الإنكالية واللامبالاة والإقتناع بالأوضاع القائمة حتى وإن كانت سيئة، لذلك فإن عليه أن يعمل معهم على خلق الشعور بالحاجة وعدم الرضا عن الظروف القائمة.

٢ - الموضوعية: حيث يقوم المنظم الاجتماعي بتقبل مجتمع المستشفى الذى يعمل بها بظروفها وأوضاعها حتى بدون أن يتحيز لها حتى يتمكن من كسب ثقة العاملين فى المستشفى تمهيداً لأحداث التغيرات الاجتماعية فيه.

٣ - التعرف على مجتمع المستشفى أو المنشأة الطبية: حيث يقوم المنظم الاجتماعي بتكوين علاقات مهنية مع كل جماعات المستشفى والارتباط بالمستشفى ككل دون الإهتمام بجماعة منه دون الجماعات الأخرى.

٤ - تقبل الدور وتوضيحه وتفسيره: إذ يجب على المنظم الاجتماعي أن يتقبل دوره باعتباره المساعد والمعاون للتنظيم على التغلب على مشكلاته وألا يتحمل عنهم المسؤوليات بل يساعدهم على تحمل مسؤولياتهم فى حل المشكلات وإشباع الاحتياجات.

كما ينبغى أن يقوم بتوضيح وتفسير دوره من خلال المواقف المختلفة .  
التي يتعامل فيها مع التنظيمات الاجتماعية بالمستشفى .

## ثانياً: دور المنظم الاجتماعى (دور الممكن):

حيث يقوم المنظم الاجتماعى فى هذا الدور بتسهيل عمليات تنظيم المجتمع داخل المستشفى أو المنشأة الطبية.

١- التركيز على عدم الرضا على الأوضاع السيئة السائدة فى المستشفى وذلك عن طريق الإستمرار فى إستشارة العاملين بالمستشفى للشعور بعدم الرضا عن هذه الأوضاع لضمان إستمرار العمل وإيجاد البرامج التى تهدف إلى مواجهة المشكلات.

٢- مساعدة العاملين فى المستشفى للإرتباط بالتنظيمات الاجتماعية القائمة وتشجيع هذه التنظيمات لكى تنهض بمسئولياتها حتى لا يشعر العاملون بقصورها عن إشباع احتياجاتهم وحل مشكلاتهم.

٣- دعم العلاقات فى المنشأة الصحية وذلك عن طريق:

أ) العمل على حل الخلافات والنزاعات التى قد تكون قائمة بين العاملين فى المستشفى.

ب) إيجاد البرامج الهادفة إلى التخلص من الخلافات مع غيرها من العاملين، وتدعيم العلاقات التعاونية من خلال إشراكهم فى البرنامج.

جـ) إيجاد برامج للعلاقات العامة تهدف إلى إيجاد الوعى والشعور بالإنتماء للمجتمع المستشفى وجماعته وتنظيماته.

د) عن طريق توفير الوحدات السكنية لهم والمواصلات.

٤- التركيز على البرامج التى تهدف لرعاية أكبر عدد من العاملين فى المنشأة الطبية.



التنظيمات الإجتماعية بمجتمع المستشفى فى تقييم خدمات هذه التنظيمات وذلك للوقوف على الصعوبات التى تواجهها وأساليب التغلب عليها.

#### رابعاً: دور المعالج:

وفى هذا الدور يقوم المنظم الإجتماعى بوضع برامج العلاج المناسبة لمواجهة المشكلات المتصلة بمجتمع المستشفى ومن واجبات هذا الدور:

١- الإشتراك مع الإدارة فى التخطيط لبرامج التدريب المناسبة لرفعة كفاءة العاملين والمحافظة على التنظيمات القائمة بالمستشفى.

٢- القيام ببرامج تهدف إلى زيادة الخبرة والكفاءة للعاملين فى المنشأة الطبية.

٣- القيام بالتخطيط للأنشطة والبرامج التى تؤدى إلى إيجاد روح الإنتائية.

٤- إقتراح توفير وسائل الإنتقال والسكن لمنع حالات التأخير والغياب.

٥- التخطيط لبرامج محو الأمية والدورات التدريبية لرفع كفاءة العاملين.

٦- القيام بتعديل الإتجاهات السلبية للعاملين فى المستشفى والعمل على تحويلها إلى إتجاهات إيجابية<sup>(١١)</sup>.

وبناء على ماتقدم من تحديد دور المنظم الإجتماعى فى المجال الطبى، يمكن أن نعرض وجه نظر الدكتور سيد أبو بكر فى دور المنظم الإجتماعى حيث يركز على إن تنظيم المجتمع ينبغى أن يقوم بممارسة دوره على أساس من الفهم والوعى والمعرفة الكاملة بفلسفة تنظيم المجتمع وأهميته والعمل على تحقيق أهدافه التى يساهم لتحقيقها فى تحقيق أهداف المجتمع، مستخدماً كل العمليات والأساليب الممكنة الملتزمة بمبادئ المهنة

وأخلاقيتها مستعيناً فى ذلك بالقيادات المختلفة الأخرى الموجودة فى المجتمع  
والتي عليه يقع عبء إكتشافها.

وأخصائى تنظيم المجتمع يمارس دوره من خلال أجهزة تسمى بأجهزة  
تنظيم المجتمع، ويمكن تلخيص وعرض أهم العناصر التى يشتمل عليها  
دور المنظم الإجتماعى.

١- المشاركة فى وضع سياسة الجهاز الذى يعمل معه وتحديد أهدافه فى  
ضوء السياسة العامة للمجتمع.

٢- العمل على مساعدة الجهاز الذى يسند إليه العمل معه على تأدية  
مهمته بنجاح (مجلس الإدارة ، اللجان).

٣- القيام بالبحوث والدراسات اللازمة للتعرف على إحتياجات المجتمع  
ومشكلاته وموارده وإمكاناته.

٤- وضع خطة العمل على أسس الأهداف التى يحددها الجهاز لإشباع  
حاجات جماهير المجتمع ولحل مشكلاتهم وترتيب تلك الحاجات حسب  
أولوياتها من وجهة نظر المجتمع.

٥- العمل على تنسيق جهود هيئات ومؤسسات وجمعيات المجتمع لمنع  
تكرار أوتضارب الخدمات التى تؤديها للمواطنين.

٦- العمل على حل المشكلات أو الصراعات أو التناقضات التى قد تنشأ  
بين أفراد وجماعات وتنظيمات المجتمع وتقوية الروابط وتحسن العلاقات  
بين أفرادها وقيادات المجتمع الممثلة فى الجهاز أو التنظيم الذى يعمل معه  
أخصائى تنظيم المجتمع.

٧- العمل على إكتشاف القادة الشعبيين والمساهمة فى تدريبهم وثقيفهم  
وتهيئتهم لتحمل مسئوليات العمل الاجتماعى.

٨- العمل على إيجاد بعض المشروعات العامة التي تستفيد منها الوحدات المماثلة فى جهاز تنظيم المجتمع والتي تفيد المجتمع فى نفس الوقت كمراكز التدريب ومكاتب التطوع ومشروعات التمويل.

٩- القيام بمد الهياكل والمؤسسات والجمعيات الموجودة فى المجتمع بالمشورة الفنية التى تساعد على القيام بمسؤوليتها خير قيام.

١٠- العمل على تشجيع تطوع أفراد المجتمع للمساعدة فى برامج وأنشطة الرعاية الإجتماعية والتنظيم والتطوع.

١١- تنظيم المؤتمرات والمجتمعات والندوات والمناقشات ونشر المطبوعات والقيام بمشروعات نموذجية ومماثلة ذلك العمل على نشر الوعي وتنوير الرأى العام على إنشاء التنظيمات الجديدة التى قد يحتاج إليها المجتمع.

١٢- العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها الهيئات والمؤسسات والجمعيات لسكان المجتمع على أن تؤدى تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى هؤلاء السكان وتحفظ عليهم كرامتهم.

١٣- تنظيم مكتب أو قسم الإستعلامات بجهاز التنظيم فى المجتمع لكى يستطيع السكان التعرف عن طريق الهيئات والمؤسسات والجمعيات الموجودة بالمجتمع بأنواع الخدمات التى تقدمها تلك الوحدات وطريقة الحصول عليها.

١٤- قياس الرأى العام لسكان المجتمع وتحليله وعمل الإعلام اللازم للرد عليه.

١٥- العمل على موازنة المشروعات الحكومية وتشجيع سكان المجتمع على مساندتها وتدعيمها والإستفادة منها وتحديد العلاقات بين الأجهزة الأهلية والحكومية التى تمارس أنشطة المجتمع أو الأنشطة التى ترتبط بها.

١٦- تسجيل جميع الأعمال والأنشطة والمشروعات والبرامج التى يقوم بها جهاز تنظيم المجتمع والتأكيد على أنها تسجل تسجيلاً دقيقاً.

١٧- تقويم جميع أعمال ومشروعات وبرامج جهاز تنظيم المجتمع لقياس مدى نجاحه أو فشله وكذلك يقيم الأخصائى الإجتماعى أعماله ودوره المهنى الذى يمارسه فى تنظيم المجتمع.

١٨- غير ذلك من الأعمال التى تقتضيها طبيعة العمل والظروف المحيطة به، أو ما يقره المسؤولون عن جهاز تنظيم المجتمع.

دور الأخصائى الاجتماعى الطبى فى بعض القطاعات النوعية.

أولاً: قطاع المستشفيات العامة (الحميات ، الرمد، الجلد، الجذام):

١- دور الأخصائى فى الأقسام الداخلية والخارجية:

أ- المرور اليومى على مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفى وإستقبال الحالات الجديدة المحولة من العيادات الخارجية وعمل الأبحاث الاجتماعية الأولية للكشف على الحالات التى تحتاج إلى رعاية إجتماعية خاصة.

ب- عمل الأبحاث الاجتماعية الشاملة فى البيئة للحالات المستحقة للرعاية الاجتماعية الخاصة.

ج- إجراء الأبحاث الاجتماعية للحالات التى يصرف لها مساعدات مالية أو عينية بالمستشفى والإشتراك فى توزيعها على المرضى.

د- حل المشاكل الخاصة بالمرضى ومساعدتهم على التكيف بالأقسام الداخلية وتقبل النظم المتبعة وإقناعهم بفائدة العلاج وأهمية الإنتظام فيه.

هـ- مقابلة المرضى قبل إجراء بعض العمليات الجراحية وتشجيعهم على

قبولها بإزالة أسباب القلق والخوف على مشاكلهم المالية والاجتماعية  
الممكنة خلال فترة وجودهم في المستشفى.

١- التأهيل المهني للمرضى الذين تمنعهم حالاتهم من مزاولة مهنتهم  
الأصلية عن طريق إنشاء أقسام التأهيل المهني أو تحويلهم إلى مؤسسات  
التأهيل المهني.

٢- توجيه الحالات التي تحتاج إلى مساعدات مالية أو عينية إلى مؤسسات  
الرعاية الاجتماعية.

## ٢- دور الأخصائي الاجتماعي في عيادة الروماتيزم والقلب

- ١- بحث جميع حالات روماتيزم القلب.
- ٢- تتبع الحالات للتأكد من الإستمرار في العلاج.
- ٣- تتبع الحالات من الوجهة الاجتماعية وتأييد الخدمات الاجتماعية عن  
طريق تحويل الأسرة للمستشفيات والهيئات أو الإتصال بالمؤسسات والهيئات  
لتوفير الخدمات وتقديمها للحالات.
- ٤- التوعية الصحية للمترددين على العيادة الخارجية وأسرهم.
- ٥- إزالة الضغوط النفسية الناتجة عن المرض وطرح طبيعة المرض ودور الأسرة  
في الوقاية.

## ثالثاً: قطاع الأمراض النفسية والعقلية:

### ١- دور الأخصائي الاجتماعي في مستشفيات الأمراض العقلية:

- ١- القيام ببحث اجتماعي نفسي لحالات المرضى الجدد والإتصال بأهالي  
المرضى للحصول منهم على المعلومات الأساسية عن حياة المريض وتاريخ  
مرضه.

٢- الإشتراك مع الطبيب المعالج وهيئة العلاج في مناقشة الجانبات الاجتماعية للمرضى.

٣- تنظيم برامج ترفيهية للمرضى عن طريق إقامة حفلات تمثيلية وسينمائية وتشجيع الإقبال على النادى والألعاب الرياضية.

٤- عقد إجتماعات دورية مع أهالى المرضى وتوجيه النصح اللازم والنظر فى شكواهم.

٥- تتبع حالات المرضى بعد خروجهم للعمل على حل مشاكلهم سواء فى العمل أو فى الدراسة.

## ٢- دور الأخصائى الاجتماعى فى العيادات الخارجية للجمهور:

١- إستقبال جميع حالات المرضى الجدد وعمل مقابلات معهم.

٢- القيام ببحث اجتماعى نفسى لحالات المرضى الجدد التى تخول من الإخصائى.

٣- تنظيم البرامج الترفيهية لمرضى الأقسام الداخلية.

٤- التعرف على موارد البيئة بغرض الإستفادة منها لصالح مرضى المستشفى وأسرهم.

٥- عقد إجتماعيات دورية مع أهالى المرضى وتوجيه النصح لهم والنظر فى شكواهم.

٦- تتبع حالات المرضى بعد خروجهم من المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعصبية والعمل على حل مشاكلهم.

ثالثاً: دور الأخصائي الاجتماعي في قطاع الصحة المدرسية:

١- إستقبال الحالات المحولة من أطباء الوحدة أو المدارس وإجراء بحث إجتماعى أولى بالوحدة، للكشف عن الحالات التى تحتاج للرعاية الاجتماعية.

٢- عمل الأبحاث الاجتماعية الشاملة بغرض تقديم الخدمات الاجتماعية للطالب وأسرته.

٣- إجراء الأبحاث الاجتماعية فى البيئة الخارجية للحالات المحتاجة إلى أجهزة تعويضية على نفقة الدولة مع مراعاة مايتأتى:

أ- التأكد من مصادر قيمة الوثائق والمستندات عند بحث الحالات البيئية.

ب- مراعاة القواعد والتعليمات الصادرة بشأن إعفاء تلاميذ المدارس نفقات الأجهزة التعويضية.

ج- إبراز العوامل المؤدية للإستغناء عن قواعد الإعفاء من نفقات الأجهزة التعويضية مثل إرتفاع إيجار المساكن، أونفقات التعليم، أو العلاج أو الكوارث وغيرها.

٤- إعداد ملخص البحث الاجتماعى وقرار المساعدة لكل حالة ورفعها للمنطقة لإعتماده عن طريق مدير المجموعة.

٥- متابعة التلاميذ المرضى بأمراض مزمنة أو مستعصية والذين يقتضى علاجهم التردد على الوحدة فترات طويلة (الدرن، روماتيزم القلب، حالات الصرع ... إلخ) وعمل ملف خاص لكل منهم وتقديم الخدمات الاجتماعية للطالب والأسرة.

٦- توجيه أفراد أسر التلاميذ المحتاجين إلى رعاية اجتماعية إلى الهيئات والمؤسسات المتخصصة.

٧- المساهمة في إقامة المهرجانات الصحية في المناسبات العامة.

٨- الإشتراك في إعداد الخطط للأصناف الخاصة بالمساعدات الصحية الاجتماعية كالنظارات، السماعات الطبية والأطراف الصناعية وأجهزة الشلل ... إلخ. ومتابعة توريد تلك الأصناف.

رابعاً: دور الأخصائي مع مريض الأمراض التناسلية:

١- توفير جو الثقة للمريض للتجاوب مع خطة العلاج الطبي التي قد تستغرق زمناً طويلاً يزيد في بعض الحالات عن سنتين.

٢- تبصير المريض وتوعيته بحقيقة المرض والنتائج التي تترتب على عدم مواصلة العلاج.

٣- العمل في لباقة وحرص في محيط الأسرة والمخالطين للمريض وضمان عدم إنتقال العدوى للآخرين.

٤- التوعية الجنسية التي توضح الطريق أمام بعض المرضى وتحول دون تكرار الإصابة بالمرض.

٥- حل المشكلات الأسرية وتذليل الصعوبات التي تتصل بالمرض أو نعترض سبيل تحقيق الشفاء.

٦- معاونة الطبيب بوضع صورة واضحة عن حالة المريض من واقع البحث الاجتماعي توضح نشأة المرض وملايساته، وإتجاهات المريض خلال خطة العلاج.

٧- إتخاذ التدابير التي تعين على تمتع المريض مستقبلاً بحياة لاتدعو للإنغماس في مسببات المرض التناسلي كتنظيم شغل أوقات الفراغ لبعض المرضى وتشجيعهم على ممارسة أنشطة ترقى بنزواتهم وكبح جماح شهواتهم.

٨- الإشراف على تحويل المرضى المصابين بمضاعفات الأمراض التناسلية إلى أقسام المستشفى الأخرى التى تعنى بهم.

٩- فى حالات العلل والأمراض التناسلية الأخرى كعدم القدرة على الإنجاب أو الرغبة فى تحديد النسل يعمل الأخصائى الاجتماعى بعد أخذ رأى الطبيب على الاستفادة من موارد البيئة لهذا الغرض وفى مقدمتها أجهزة الأسرة ورعايتها.

١٠- العمل على إعادة التكيف النفسى لبعض الحالات ومساعدة زويها على تخفيف الضغوط والإنفعالات المترتبة على حالتهم المرضية وإشعارهم بجدوى العلاج.

خامساً: دور الأخصائى الاجتماعى فى قطاع رعاية الأمومة والطفولة:

أولاً: بالنسبة للأمهات:

١- إستقبال الحالات الجديدة المحولة من طبيب المركز وعمل الأبحاث الاجتماعية الأولية بالكشف عن الحالات التى تحتاج إلى رعاية اجتماعية خاصة.

٢- إجراء الأبحاث الاجتماعية الشاملة فى البيئة التى تحتاج إلى رعاية اجتماعية خاصة، أو الحالات التى تصرف مساعدات مالية أو عينية من المركز.

٣- العمل على إنتظام المترددات على المركز فى المواعيد المقررة وإستدعاءات حالات الإنقطاع أو التخلف.

٤- العمل على إستمرار تقديم الرعاية الاجتماعية اللازمة للأمهات والأطفال فى سن ما قبل المدرسة.

٥- العمل على توجيه الأزواج لتوقيع الكشف الطبي عند الإصابة ببعض الأمراض التناسلية.

٦- توجيه الحالات التي تحتاج إلى مساعدة مالية أو خدمات أخرى إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية في البيئة للاستفادة من خدماتها.

٧- تزويد كافة الهيئات المعنية برعاية الأمومة والطفولة وتزويدها بالمعلومات الكافية عن خدمات المركز وتنسيق الخدمات التي تقدمها.

٨- التشقيق الصحي للأفراد ولأسر داخل المركز وأثناء التواجد في البيئة الطبيعية للأسرة.

ثانياً: بالنسبة للأطفال اللقطاء، والضالين، والمغزولين عن ذويهم:

١- العمل على إثارة الوعي الاجتماعي بين الأمهات المترددات على المركز والموجودات في البيئة المحيطة به والهيئات الاجتماعية عن مشكلة هؤلاء الأطفال وأهمية توفير العمل الكافي من المراضع لهم.

٢- العمل على إعداد العدد الكافي من الأمهات الصالحات للرضاعة بعد إجراء البحوث الاجتماعية للتأكد من صلاحيتهم لهذا الغرض.

٣- العمل على سرعة تسليم الأطفال إلى الممرضات ومتابعتهم من خلال الزيارات المنزلية.

ثالثاً: بالنسبة لحالات الأسر البديلة:

١- المحافظة بصفة خاصة على سرية البيانات الخاصة بهؤلاء الأطفال، وعدم السماح بالإطلاع عليها إلا للجهات المختصة.

٢- توجيه الأسر البديلة الصالحة إلى اتخاذ إجراءات إستمرار كفالتهم للأطفال إذا ثبت صلاحية هذه الأسر.

٣- العمل على إيجاد رأى عام مستدير بين المترددات على المركز والهيئات الاجتماعية فى البيئة لتشجيع الإقبال على كفالة الأطفال وبيان الإجراءات اللازمة لذلك.

٤- التأكد من سلامة كافة الإجراءات الخاص لكفالة الأطفال لدى الأسر المضيفة قبل تسليم الطفل والإطلاع عليها وإثباتها بملفات الأطفال<sup>(١٢)</sup>.

المعوقات التى تحد من دور الأخصائى الاجتماعى الطبى:

أولاً: معوقات ترجع إلى الهيئة الطبية بالمستشفى:

١- تتمثل هذه المعوقات التى تحد من دور الممارس المهنى من القيام بدوره فى المستشفى فى النظرة غير المتكافئة بين الأطباء والأخصائى الاجتماعى وسيطرة الأطباء واقتناعهم بأهمية دورهم عن سائر الأدوار الأخرى الأمر الذى يؤدى إلى عدم الإهتمام بهذه الأدوار المعاونة.

٢- نظرة الأطباء وهيئة التمريض إلى دور الأخصائى الاجتماعى بالمستشفى على أنه خاص بتقديم المساعدات والخدمات المادية فقط.

٣- ضغط العمل على الأطباء يحول دون إجتماعهم أو عقد لقاءات مع الأخصائىين الاجتماعىين مما يحد من فاعلية العمل الفريقى لفاعلية الخطة العلاجية.

٤- قصور معرفى وعدم فهم حقيقى لدى الأطباء لدور الأخصائى الاجتماعى وبالتالي عدم الإيمان بدور الخدمة الاجتماعية فى المستشفى.

٥- نظرة الأطباء إلى أهمية التشخيص والعلاج الطبى دون الإهتمام بالجوانب الاجتماعية والنفسية مما يؤثر بدوره على دور الأخصائى الاجتماعى.

ثانياً: معوقات ترجع إلى الأخصائي الاجتماعي «للخدمة الاجتماعية» :

١- عدم وجود التخصص الدقيق لإعداد الأخصائي الاجتماعي الطبي - وإن كانت كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم جامعة القاهرة بدأت هذا التخصص منذ فترة - الأمر الذي يؤدي إلى إدراك الممارس المهني لدوره الحقيقي في المستشفى.

٢- شعور الأخصائي الاجتماعي بالنقص والقصور حينما يعامل مع الأطباء، الأمر الذي يؤدي إلى قيامه بالأعمال الروتينية والإدارية دون التعاون مع الفريق العلاجي.

٣- تحول بعض الأخصائيين الاجتماعيين إلى مساعدة الفقراء وتحويل بعض العملاء إلى مؤسسات أخرى.

٤- تثبيت مقرري لدى الأخصائيين الاجتماعيين في هذا المجال الأمر الذي يجعلهم بعيدين عن كل تطور علمي سواء في المهنة أو في التخصص الآخر في المجال الطبي، الأمر الذي يساعد على إهمالهم وإخراطهم في الأعمال الإدارية.

٥- عدم ترحيب الأخصائيين الاجتماعيين في هذا المجال على الإقبال على الخدمات النفسية والعقلية والدراسات العليا في تخصصهم للترقي بمعارفهم، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث الفجوة بين كل ما هو جديد في المهنة وفي المجال.

ثالثاً: معوقات ترجع إلى إمكانية المؤسسات الطبية:

١- ضعف الميزانية العامة للمستشفى وهذا يؤثر على ميزانية قسم الخدمة الاجتماعية وبالتالي على قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره على أكمل وجه.

٢- نقص كبير فى عدد الأخصائيين فى المستشفى الأمر الذى يؤدى إلى عدم إستطاعة قسم الخدمة الاجتماعية الموجود بالقيام بدوره على أكمل وجه وبالتالى العمل مع الحالات العاجلة.

٣- عدم وجود المكان المناسب لقسم الخدمة الاجتماعية الأمر الذى يحد من قيام الأخصائيين بأدوارهم المهنية.

٤- عدم وجود أماكن مناسبة لنقاهة المرضى الأمر الذى يؤدى إلى عدم إستطاعة الأخصائي من مساعدة المرضى على التماثل بالشفاء.

٥- تخلف الأجهزة ومعدات المستشفى الأمر الذى يؤدى إلى عدم قيامها بفاعلية فى تحقيق أهدافها.

#### خاتمة:

من خلال هذا المرض للمهام الوظيفية للأخصائي الاجتماعى فى المجال الطبى يتضح أن له دوراً هاماً لممارسة المهنة فى نطاق هذا الميدان من خلال النقاط الآتية:

يوجد قسم للخدمة الاجتماعية داخل المؤسسات الطبية يقوم بالعمل فيه مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين المعدين للقيام بهذا الدور، بحيث يتكامل عمل هذا القسم مع بقية الأقسام الأخرى داخل المستشفى فى تقديم أوجه الرعاية الصحية للمرضى.

أهمية دور الأخصائي الاجتماعى مع المرضى سواء فى دراسة التاريخ الاجتماعى للمرضى، أو الظروف الاجتماعية والأسرية المصاحبة للمرض، وتخفيف المخاوف المرضية لدى المرضى، ومساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم داخل وخارج المؤسسة الطبية.

أهمية دور أخصائى الجماعة مع جماعات المرضى من خلال تنمية وعيهم بطبيعة المرض وطرق الوقاية منه، هذا بجانب شغل وقت فراغهم من خلال ممارسة هواياتهم، والمشاركة فى وضع البرامج التى تخفف من شعورهم بالملل وتبعدهم عن التفكير فى الأوهام المرضية.

كما أن لدور أخصائى تنظيم المجتمع دوراً هاماً فى مساعدة التنظيم الطبى فى القيام بوظائفه بكفاءة وفاعلية، تقديم الأبحاث والدراسات التى تفيد المؤسسة الطبية فى وضع الخطط والبرامج التى تفيد مجتمع المرضى، هذا بجانب عقد الندوات واللقاءات لإثارة وعى سكان المجتمع المحلى بطبيعة الأمراض المنتشرة وكيفية الوقاية منها والعلاج.

وبهذا يتضح أن للأخصائى الاجتماعى الطبى دور أساسى وفعال فى تحقيق وظائف المؤسسات الطبية، وفى تقديم أوجه الرعاية للمرضى للاستفادة من فرص العلاج وعودتهم إلى بيئاتهم الطبيعية ليشاركوا المجتمع فى العمل والعطاء.

## مراجع الفصل العاشر

- ١- إقبال بشير، إقبال مخلوف، الرعاية الطبية والصحية والمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٤، ص ص ١٤٣ - ١٤٤.
- ٢- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٣، ص ١٣٥.
- ٣- أنظر في هذا الشأن:
- فاطمة الحاروني، خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، مطبعة السعادة، القاهرة، (ط ٥)، ١٩٧٤ ص ٦٠٥ - ٦٣٥.
- ٤- أنيس عبد الملك، وآخرون، خدمة الجماعة في المجتمع الإشتراكي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٤، ص ٤٢٧ - ٤٣٦.
- ٥- سيد أبو بكر حسنين، طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص ٤٧٢ - ٤٧٣.
- ٦- إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة، ب، ت، ص ٢٧٥.
- ٧- سيد أبو بكر حسنين، طريقة الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٢١٧ - ٢١٨.
- ٨- إقبال محمد بشير، وآخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٠، ص ١٥٣ - ١٥٥.

٩- عماد الدين عيد، الصحة العامة وبرامجها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص ١ - ١٥.

١٠- أحمد مصطفى خاطر، طريقة تنظيم المجتمع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٤، ص ١٧٩ - ٢٠٢.

١١- محمد بهجت كشك، تنظيم المجتمع الإستراتيجيات والأدوار، الجزء الثانى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ١٩٨٨، ص ١٥٩ - ١٦٣.

١٢- وحول دور الأخصائى أنظر كل من:

- محمد عبد المنعم، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٧٩، ص ١٠٥ - ١٣٦.

- عونى توفيق قنصوة، مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ص ٢٧٥ - ٢٧٨.

- إبراهيم المليجى، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة. الإسكندرية بدون سنة نشر، ص ٢٨٩ - ٣٠٨.

- محمد رضا عنان، عبد المحي محمود، إسهامات طريقة تنظيم المجتمع فى مجال الجريمة والمجال الطبى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩١.

- عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩.

## الباب الثاني

### الخدمة الاجتماعية وتأهيل المعوقين



## تقديم:

لكل إنسان الحق فى أن يتمتع بانسانيته، وإذا كانت أنصبه الخلق من مزايا الإنسانية مختلفة فإنهم جميعاً يتساوون فى القيمة البشرية.

فإذا نقص إنسان عن زملائه البشر نقصاً جسدياً أو عقلياً يعوق مجاراته لهم فى الواجبات فإن هذا النقص يجب ألا يعوقه عن تمتعه بما فيه من إنسانية، مراعاة لأدميته المكرمة، وحماية لمصالح المجتمع.

ومن هنا اتجهت الدول الحديثة نحو الإهتمام بالمعوقين<sup>(١)</sup>. والخدمة الإجتماعية كمهنة يمكنها أن تساهم - بجانب المهن والتخصصات الأخرى - بدور فاعل فى محيط رعاية هذه الفئة ومساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم التى عصفت بها ضغوط الحياة الإجتماعية ومشكلاتها المتزايدة، فى فترة عجزت فيها النظم الإجتماعية عن مواجهتها وفى وقت فقدت فيه هذه النظم جزءاً لا يستهان به من فاعليتها التقليدية<sup>(٢)</sup>.

ومن ثم جاء إهتمامنا فى هذا الباب مركزاً على مناقشة مجموعة من المفاهيم والتصورات النظرية المرتبطة بهذا الميدان حتى يستطيع الممارس المهني الالمام بما تعنيه هذه المفاهيم من جانب، مع عرض لمشكلات الاعاقة واتجاهات علاجها والدور المهني الذى يمكن أن تسهم به الخدمة الإجتماعية بطرقها المختلفة فى محيط رعاية وتأهيل هذه الفئة من جانب آخر.



الفصل الحادى عشر  
مفاهيم وتصورات نظرية  
(الإعاقة، المعوق، التأهيل)



تمهيد:

من أهم خصائص العلم التي تميزه عن غيره من ضروب المعرفة، الدقة والموضوعية. ومن مستلزمات الدقة في العلم البدء بوضع تعريفات واضحة محددة لكل مفهوم أو مصطلح يستخدمه العلماء في كتاباتهم، مهما بدت هذه المفهومات أو تلك المصطلحات بسيطة أو واضحة وذلك لتجنب أى لبس فى معنى هذه المصطلحات وتحديد ما تشير إليه بدقة<sup>(٣)</sup>.

ومن ثم كان الزاما على الممارس المهني أن يكون مستوعباً تماماً لكافة المصطلحات والمفاهيم المستخدمة في تخصصه، ذلك لأن المفاهيم تعتبر بمثابة اللغة العلمية التي يتداولها الممارسون في مجال الممارسة من جانب، مما يجعل الإتصال بينهم يسيرة من جانب آخر<sup>(٤)</sup>.

ولهذا نعرض من خلال هذا الفصل لمناقشة المفهومات والتصورات النظرية لكل من «الإعاقة»، «المعوق» و «التأهيل» حيث نوضح أبعاد هذه المفاهيم المختلفة، تلك التي تشكل إطاراً نظرياً للإنطلاق منها إلى موضوع معالجتنا الذي سيتم عرضه في الفصول التالية.

## فى نطاق مفهوم الإعاقة، المعوق، التأهيل

### (أ) مفهوم الإعاقة:

تعرف الإعاقة بأنها. العلة المزمنة التى تؤثر على قدرات الشخص (جسماً أو نفسياً) فيصبح نتيجة لذلك غير قادر على أن يتنافس بكفاءة مع أقرانه الأسوياء، كما يتضمن تعريف منظمة الصحة العالمية ١٩٨٠ للإعاقة على المعنى التالى<sup>(٥)</sup>:

١- **الخلل Impairment**: أى فقد أو شذوذ فى التركيب أو فى الوظيفة السيكولوجية أو الفيزيولوجية.

٢- **العجز Disability**: عدم القدرة على القيام بنشاط بالطريقة التى تعتبر طبيعية بسبب الخلل.

٣- **العاهة أو الإعاقة Handicap**: نتيجة للخلل أو العجز بتقييد نشاط الشخص بالنسبة لأداء مهمة معينة.

هذا وهناك عدد كبير من المصطلحات التى تستعمل للإشارة إلى الإعاقة ويختلف التركيز عليها من بلد إلى آخر ومن فترة زمنية إلى أخرى. ومن العبارات التى استعملت التعوق، القصور، الإضطراب، التدهور، الشذوذ. الخ. مما سبق يتبين لنا<sup>(٦)</sup>:

١ - أن الإعاقة تحدث نتيجة عوامل وراثية أو بيئية، وقد تؤدي إلى إعاقة دائمة أو مؤقتة تظهر بشكل فقد أو تشويه جزء أو عضو أو جهاز من الجسم مثل بتر أحد الأطراف والشكل أو فقد حاسة من الحواس، أو التخلف العقلى .... الخ.

٢ - تؤدي الإعاقة إلى قصور وظيفي يترتب عليه عجز كلي أو جزئي في أداء

الوظائف الحركية أو الجسمية أو العقلية بالصورة والدرجة التي يؤديها الفرد العادى.

٣- وأخيراً، إن المعاناه المترتبة على الإعاقة والقصور الوظيفى على الفرد نفسه - نتيجة حاجاته إلى الإعتماد على الآخرين (جسيمياً أو نفسياً أو إقتصادياً أو اجتماعياً) وشعوره بالعزلة والدونية ... الخ- تمتد لتشمل أفراد أسرته والمحيطين به، فلا أسرة مسئولة عن رعايته ومعالجة مشكلاته وإعالته إقتصادياً، ومن جهة أخرى فالمجتمع يعانى أيضاً نتيجة عدم أو قصور إسهام الفرد المعوق فى الإنتاج وحاجته إلى تخطيط وتمويل برامج رعايته وتأهيله.

#### (ب) مفهوم المعوق :

كان المعوقون فيما مضى، وحتى حوالى منتصف القرن الحالى، يسمونهم (المقعدون)، ثم أطلقوا عليهم (ذوى العاهات)، ثم تطور هذا التعبير عنهم إلى اصطلاح (العاجزون)، وأخيراً أصبحت المراجع العلمية. والهيئات المتخصصة تسميهم (المعاقون - أو المعوقون).

بمعنى وجود عائق يعوقهم عن التكيف. وبهذا المفهوم أصبحت كلمة (معوق) لا تقتصر على المعاقين عن العمل، وإنما أيضاً تشمل المعاقين عن التكيف نفسياً واجتماعياً مع البيئة.

أضف إلى ما سبق أنه حتى فى المجتمع الواحد، مازال مفهوم المعوق يلتبس بين عامة الناس، وبين المتخصصين، فالمعوق فى رأى عامة الناس، هو كل من به نقص جسيم ظاهر فى بدنه أو عقله أو حواسه مثل حالات البتر والشلل وفقد البصر.

وفى رأى أخصائى التأهيل - وهو التعريف العلمى - هو كل مصاب بعجز بدنى أو عقلى مستديم يعوق تكيفه مع المجتمع والمعوق فى رأى أجهزة

التعداد أو الإحصاء يختلف من مجتمع إلى آخر على أساس التعريف الذى يلتزمون به فى تعليماتهم، فأحياناً يأخذون بتعريف المعوق على أساس أنه ذو العاهة الظاهرة - وهذا فى أغلب المجتمعات - وأحياناً تعطى لهم تعليمات تفيد التعريف العلمى الصحيح - وهذا نادر<sup>(٧)</sup>.

ولعلنا نخرج من هذا بأن الإنسان الكامل غير موجود، فليس هناك من هو (معوق) ولا من هو (سوى) - فكلنا حينئذ معوقون، أو كلنا أسوياء. والآن وبعد مناقشة الآراء السائدة حول مفهوم (المعوق) علينا أن نستعرض مجموعة من التعاريف حول هذا المفهوم منها:

(١) التعريف الصادر من منظمة العمل الدولية: إصطلاح معوق معناه «فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، نقصاً فعلياً، نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية»<sup>(٨)</sup>.

(٢) وفى القوانين المصرية يعرف قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المعوق بأنه «هو كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمله، أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، ونقصت قدرته على ذلك، نتيجة لقصور عضوى أو عقلى أو حسى، أو نتيجة عجز خلقى منذ الولادة»<sup>(٩)</sup>.

(٣) المعوق هو «المواطن الذى إستقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله فى أمس الحاجة إلى عون خارجى واع مؤسس على أسس علمية وتكنولوجية يعيدها إلى مستوى «العادية»، أو على الأقل أقرب ما يكون إلى هذا المستوى»<sup>(١٠)</sup>.

(٤) المعوق هو «كل فرد يختلف عمن يطلق عليه لفظ (سوى) أو (عادى) فى النواحي الجسمية أو العقلية أو المزاجية أو الإجتماعية، إلى الدرجة التى تستوجب عمليات التأهيل الخاصة، حتى يصل إلى إستخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه»<sup>(١١)</sup>.

### (ج) مفهوم التأهيل:

يعيش الفرد في بيئة مادية وإجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، وهو يكون مع هذه البيئة وحدة متكاملة.

هذا يتوقف مدى التوافق النفسى للفرد على مقدار التوافق والأتران القائم بينه وبين بيئته. لا أنه أحياناً يختل هذا التوافق أو التكيف مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب معها على الإنسان أن يواجه بمفرده، وعندئذ يحتاج إلى خدمات ومساعدات من غيره تساعده على إعادة التكيف أو إعادة التوافق، أو إعادة الإعداد للحياة.

وعلى ذلك يمكن تعريف التأهيل ReHABilitation بأنه: (هو إعادة التكيف أو إعادة الاعداد للحياة).

ولو أننا راجعنا جميع التعاريف المتعلقة بمفهوم التأهيل الواردة فى دوائر المعارف العلمية، أو فى التشريعات أو فى المنظمات الدولية، لوجدنا العديد من هذه التعاريف منها مايلي:

(١) التعريف الذى حدده القانون المصرى لتأهيل المعوقين (رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥) حيث يقصد بتأهيل المعوقين «أى تقديم الخدمات الإجتماعية، والنفسية، والطبية، والتعليمية، والمهنية، التى يلزم توفيرها للمعوق وأسرتة لتمكينه من التغلب على الآثار التى تخلقت عن عجزه» (١٢).

(٢) التأهيل هو «عملية إعداد المعوق وتنمية قدراته (بقدر المستطاع) لكى يستطيع أن يعيش ويتكيف ويتنافس مع أقرانه الأسوياء» (١٣).

### (د) فى مفهوم التأهيل المهنى:

لهذا النوع من التأهيل تعاريف كثيرة قد تختلف فى الصياغة والأسلوب ولكنها تتحد جميعاً فى توضيح الغرض من التأهيل المهنى للمعوقين.

ومن أهم هذه التعاريف مايلي:

(١) تعرف منظمة العمل الدولية التأهيل المهني للمعوقين بأنه «ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة، الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهني والتدريب المهني والتشغيل، مما يهيئ للمعوق فرصة الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه»<sup>(١٤)</sup>.

(٢) التأهيل المهني هو «برنامج يهدف إلى إعادة الفرد المعوق للعمل الملائم لحالته في حدود ما تبقى من قدرات وإمكانات، بقصد مساعدته على تحسين أحواله المادية والنفسية»<sup>(١٥)</sup>.

### في نطاق تصنيف الإعاقات والمعوقين

أن التصنيف والتنميط للإعاقات أو المعوقين إلى فئات قد أثار كثيراً من الجدل والنقاش خلال السنوات الماضية نظراً لما لهذه التصنيفات من مساوئ ومحاسن في استعمالها فهناك من يرى أن لهذه التصنيفات والتسميات أثر في إعطاء الشخص المعوق لقب سيء يلصق به ويؤثر على نفسيته، والخطر في أن يقبل المعوق هذه التسمية ويقتنع بها حتى وإن كانت خاطئة. كما أن التسميات الطبية لا تنفي بالفرض التربوي، أضف إلى ذلك أنها قد تصبح قوة ضاغطة تساعد على عزل هؤلاء الأشخاص اجتماعياً عن الباقين.

إلا أنه على الرغم من هذه المساوئ فالتصنيف يساعد على التشخيص الدقيق لحالة المعوق، وعلى التوجيه الإداري للجهات المناسبة، وعلى مواجهة احتياجات هؤلاء المعوقين سواء التربوية منها أو التأهيلية.

وسوف نحاول في هذا المقام إلقاء الضوء على أهم هذه التصنيفات سواء للإعاقات أو المعوقين.

## تصنيف الإعاقات

نستعرض هنا أهم التصنيفات الرسمية التي وضعتها هيئات دولية والتي وضعتها القوانين والتشريعات في هذا المجال للحكم على مدى سلامتها.

(أ) التصنيف الصادر من منظمة الصحة العالمية، حيث تصنف الإعاقات إلى الفئات الآتية:

إعاقات بصر، إعاقات سمع، تخلف عقلي، عجز جسمي، اضطراب نفسي وعدم تكيف إجتماعي: صعوبات كلام، صعوبات تعلم.

(ب) وفي القوانين والتشريعات الخاصة بالمعوقين،

- يصنف القانون الأمريكي الأخير ١٤٢ لسنة ١٩٧٥ الإعاقات إلى تسع فئات هي:

١- التخلف العقلي ٢- صعوبات السمع

٣- الصمم ٤- صعوبات الكلام

٥- إعاقات البصر ٦- اضطرابات نفسية انفعالية

٧- إصابات الجهاز العضلي ٨- مشاكل صحية

٩- صعوبات تعلم

- في حين لم تصنف التشريعات العربية - كالتشريع السعودي - العراقي - المصري - التونسي.. الإعاقات بإسهاب وإنما اكتفت بتصنيف مقتضب اشتمل عليه التعريف بالمعوق<sup>(١٦)</sup>.

(ج) وتصنف من جانبنا الإعاقات بحسب مجال العجز وتبعاً لليلة والمصدر الأساسي بالنسبة لجوانب الشخصية أى وفقاً للمنظور الهائي للشخصية إلى أربع فئات رئيسية هي:

## (١) الإعاقات البدنية الفيزيولوجية:

ويندرج تحت هذه الفئة ذوى العاهات الجسمية والحسية، كما تظهر فى حالات الإقعاد، كف البصر والسمع والنطق، والأمراض المزمنة وغيرها.

## (٢) الإعاقات العقلية:

كما تظهر فى حالات الضعف العقلى.

## (٣) الإعاقات النفسية:

وتتضمن الاضطرابات النفسية كما تظهر فى الحالات العصائية والذهانية واضطرابات الشخصية.

## (٤) الإعاقات الإجتماعية:

كما تظهر فى النواحى السلوكية والخلقية كحالات الجناح، وارتكاب الجرائم، والانحرافات الجنسية وحالات إدمان المخدرات وغيرها.

## تصنيف المعوقين

بالرغم من أن كل حالة من حالات المعوقين تمثل وحدة مستقلة حيث لا يمكن التعميم، إلا أن ذلك لا يمنع من أن يجرى فى محيط المعوقين أنواع من التصنيفات بقصد الدراسة أو التشخيص أو إصدار تشريعات لفئة خاصة أو كغير ذلك من الأسباب.

وهناك أسس كثيرة يتم على مقتضاها التقسيم والتصنيف للمعوقين منها:

## (١) تصنيف المعوقين بحسب أسباب الإعاقة:

وطبقاً لهذا الأساس يقسم المعوقون إلى مجموعات، مجموعة أسباب عاهاتها خلقية حدثت فى الطفولة المبكرة، وأخرى لأسباب مرضية، ومجموعة نالته لأسباب حوادث الطريق أو العمل، أو إصابات الحروب وهكذا.

## (٢) تصنيف المعوقين بحسب التشخيص الكلينيكي للإعاقة:

وطبقاً لهذا الأساس الطبى يقسم المعوقون إلى فئات، فهناك فئة المكفوفين، وفئة الصم، والبكم، والمقعدين، وضعاف العقول .. إلى غير ذلك من الفئات.

## (٣) تصنيف المعوقين بحسب إزمان العاهة وقابليتها للشفاء:

وطبقاً لهذا الأساس فهناك مجموعة المعوقين التى تضم ذوى العاهات المزمنة التى لا يرجى شفاؤها، والمجموعة الأخرى من ذوى العجز الطارئ القابل للشفاء أو التحسن، وتختلف الأسس التى يقوم عليها تأهيل كل منهم.

## (٤) تصنيف المعوقين بحسب التكيف المهنى:

وطبقاً لهذا الأساس يمكن تقسيمهم إلى فئات ثلاث:

أ- فئة منتجة: وهى الفئة التى يمكن عن طريق الرعاية التدريب. والشتغل أن تنتج فى الظروف العادية للعمل.

ب- فئة منتجة جزئياً: وهذه الفئة لا يمكنها أن تعمل فى ظل الظروف العادية المألوفة للعمل ولكن يمكنها الإنتاج تحت ظروف خاصة تعد لهم «كالمصانع المحمية» واحتياجات هذه الفئة أصعب فى التحقيق من احتياجات الفئة الأولى.

ج- فئة غير منتجة: وأفراد هذه الفئة إما أن يكونوا ملازمين الفراش أو على درجة من العجز تجعلهم فى حاجة دائماً إلى معونة خارجية فى التنقل والعمل .. وهذه الفئة تحتاج إلى مساعدات عديدة وعناية، وتهيئة الفرصة أمامهم للإسهام فى إعالة أنفسهم بالقدر الممكن عن طريق تدريبهم فى حدود قدراتهم على بعض الأشغال اليدوية مثلاً.

## (٥) تصنيف المعوقين بحسب نوع الخدمات التأهيلية:

وطبقاً لهذا العامل يقسم المعوقون إلى مجموعات حسب نوع الخدمات التأهيلية التي تحتاج إليها كل مجموعة فبعض العاهات تحتاج إلى خدمات طبية (تأهيل طبي)، وبعضها يحتاج إلى خدمات مهنية (تأهيل مهني)، وبعضها يحتاج إلى خدمات إجتماعية (تأهيل إجتماعي)، وقد يحتاج البعض الآخر إلى نوع أو أكثر من هذه الأنواع والخدمات<sup>(١٧)</sup>.

## (٦) تصنيف المعوقين بحسب مجال العجز أو نطاق الإعاقة:

(أ) وطبقاً لهذا العامل يقسم محمود محمد الزيني المعوقين على النحو التالي<sup>(١٨)</sup>:

١- المعوقون جسمياً: العجز في الجهاز الحركي أو البدني عامه مثل العيوب الناشئة عن الكسور والجروح والحروق والبتير والأمراض المزمنة مثل شلل الأطفال والكساح وروماتيزم المفاصل. والبول السكري والدرن والجلد والبسرطان وأمراض القلب وغيرها.

٢- المعوقون حسياً: العجز في الجهاز الحسي مثل عيوب البصر والسمع. كالمكفوفين والصم وغيرهم.

٣- المعوقون عصبياً: العجز في الجهاز العصبي المركزي غالباً مثل الصرع. والكوربا وغيرها.

٤- المعوقون عقلياً: النشاط العقلي بسبب إصابات المخ أو اضطراب الأتزان الكيمياءى أو الاتزان الجيني وغير ذلك مثل حالات المافونين والبلهاء والمتوهين وغيرهم من ضعاف العقول.

(ب) في حين يصنفهم عثمان لبيب فراج إلى الأقسام الثلاثة الآتية<sup>(١٩)</sup>:

### (١) المعوقون جسمياً:

ويقع تحت هذا القسم فئات:

- الصم والبكم والمصابين بعيوب النطق والكلام.
- المقعدين بعاهات حركية. «فقد أيدى أو أرجل أو شلل أطفال».
- المصابين بأمراض مزمنة كأمراض القلب والصدر ... الخ.

### (٢) المعوقون عقلياً:

ويقع تحت هذا القسم فئات تعاني من قصور أو توقف في نمو الذكاء.

- القابلون للتعليم «ميرون أو مافون» ويقع ذكاؤهم بين ٥٠، ٧٥ درجة.

- القابلون للتدريب «بلهاء» ويقع ذكاؤهم بين ٢٥، ٥٠ درجة.

- شديد التخلف «معتوهين» ويكون ذكاؤهم أقل من ٢٥ درجة.

كما يقع تحت هذا القسم فئات الأفراد الذين يعانون من مرض عقلي كالنصام والبرانويا.

### (٣) المعوقون اجتماعياً:

ويقع تحت هذا القسم فئات:

- المعرضون للانحراف من أطفال الأسر المتصدعة.

- اللقطاء.

- الأحداث المنحرفون.

- المدمنون على المخدرات والمسكرات.

(ج) كما يصنفهم يحيى درويش إلى الفئات التالية (٢٠):

- (١) المعوقون من حيث الجانب العقلي: وهم المتأخرون عقلياً (ضعاف العقول).

(٢) المعوقون من حيث الجانب الجسمي والحسي: ومنهم المعوقون بصرياً، ضعاف السمع، المقعدون، المرضى المزمنون، المشوهون، المعوقون كلامياً.

(٣) المعوقون انفعالياً: وهم الذين يواجهون صعوبة فى التوافق الشخصى والانفعالى ويتسم سلوكهم بصفة عامة بالحساسية الانفعالية والاندفاعية، الكراهية والعدوان، الغيرة والغضب، مشاعر الذنب الشاذة .. الخ.

(٤) المعوقون من حيث الجانب الإجتماعى: وهم الشواذ إجتماعياً الذين يواجهون صعوبة فى التوافق الشخصى والإجتماعى، ومنهم حالات الجناح والسلوك السيکوباتى.

وفى ضوء ماسبق، يمكننا تصنيف المعوقين بحسب نطاق الإعاقة ووفقاً للمنظور البنائى للشخصية إلى أربع فئات رئيسية هى:

(أ) المعوقون بدنياً: ويندرج تحت هذه الفئة ذوى العاهات الجسمية والحسية كالمقعدين والمكفوفين والصم والبكم ومرضى القلب والدرن وغيرهم.

(ب) المعوقون عقلياً: كضعاف العقول (المأفونين، البلهاء، المعتوهين وغيرهم).

(ج) المعوقون نفسياً: ويندرج تحت هذه الفئة مضطربى الشخصية والعصابيين والذهانيين.

(د) المعوقون إجتماعياً: كالمجرمين والجانحين ومدمنى المخدرات والمسكرات وغيرهم

وأخيراً، نستنتج مما سبق أن التصنيف والتنميط سواء للإعاقات أو المعوقين قد تميز بتغيير مستمر وتنوع فى التسميات ولكن بالرغم من اختلاف التسميات نلاحظ تشابهاً كبيراً فيما ترمز إليه هذه الفئات.

كما يتضح لنا أن التصنيف للمعوقين بحسب مجال الإعاقة هو التصنيف الشائع بين العلماء والكتاب في نطاق هذا الميدان وإن كان يلاحظ الاختلاف فيما بينهم في التمييز والتسميات لهؤلاء المعوقين.

## مراجع الفصل الحادى عشر

- ١- عبد المجيد عبد الرحيم، لطفى بركات أحمد، تربية الطفل المعوق، ط ٢، القاهرة، النهضة المصرية، ١٩٧٩، ص ٥.
- ٢- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، ط ٤، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٤، ص ١١.
- ٣- سمير نعيم أحمد، الدراسة العلمية للسلوك الإجرامى، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٣.
- ٤- قارن: محمد على محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمى، دراسة فى طرائق البحث وأساليبه، ط ٢، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨١، ص ص ١٥٥، ١٥٦.
- ٥- شاذلى بن جعفر، المفهوم الطبى للإعاقة فى قراءات فى التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، ١٩٨٢.
- ٦- عثمان لبيب فراج، مشكلة الإعاقة، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ب- ج.م.ع، العدد ٢، السنة الأولى، ديسمبر ١٩٨٤، ص ٧.
- ٧- إسماعيل شرف، تأهيل المعوقين، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٦، ص ص ٩ - ١٢.
- ٨- إسماعيل شرف، المرجع السابق، ص ١٦.
- ٩- محمد أحمد بيومى، علم الاجتماع وقضايا السياسة الاجتماعية وتشريعاتها، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٧، ص ٥٥٣.
- ١٠- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، ط ٢، القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٥، ص ١٥٥.
- ١١- عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٦٩، ص ١٨٣.
- ١٢- لمزيد من التفاصيل أنظر:  
- إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ص ٢٠ - ٢٤  
- محمد أحمد بيومى، مرجع سابق، ص ٥٥٣

- ١٣- محمد ناصر قطبي، التأهيل الإدماجي للمعوق تخاطبياً، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ٨، السنة الثالثة، ديسمبر ١٩٨٦، ص ٩.
- ١٤- محمود حسن، مقدمة الخدمة الإجتماعية، الاسكندرية، دار الكتب الجامعية، ١٩٧٥، ص ٦٨٧.
- ١٥- السيد رمضان وآخرون، مدخل فى الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٧، ص ٢٩٩.
- ١٦- لمزيد من التفاصيل فى مضمون هذه التشريعات العربية الخاصة بالمعوقين، أنظر:  
عبد الرزاق عمار، التشريعات العربية الخاصة بالمعوقين، (فى) قراءات فى التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، ١٩٨٢.
- ١٧- أنظر:  
- الجمعية المصرية للدراسات الإجتماعية (مكتب البحوث الإجتماعية)، بحث تقويم مؤسسة التأهيل المهنى بالقاهرة، ١٩٥٩.
- محمود محمد الزينى، الخدمة الإجتماعية للمعوقين وذوى العاهات، الاسكندرية، ب، ن، ١٩٦٩، ص ٨.
- ١٨- محمود محمد الزينى، المرجع السابق، ص ٨.
- ١٩- عثمان ليب فراج، مشكلة الإعاقة، مرجع سابق، ص ٦.
- ٢٠- لمزيد من التفصيلات أنظر:  
- يحيى حسن درويش، دراسة عن تاريخ التأهيل الإجتماعى بمصر، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ٦، السنة الثالثة، يونيه ١٩٨٦، ص ص ٧ - ١٢.



## الفصل الثاني عشر

### الرعاية الاجتماعية للمعوقين



## حقوق واحتياجات المعوقين

### حقوق المعوقين

إن الجمعية العامة للأمم المتحدة وعيا منها بالإلتزام الذى أخذته الدول الأعضاء فى منظمة الأمم المتحدة على عاتقها وفقا للميثاق بالسعى سواء بصورة مشتركة أو منفردة بالتعاون مع المنظمة لتوفير العلاج والتربية وكافة أنواع العناية الخاصة التى تفرضها حالة المعوق جسدياً أو ذهنياً أو نفسياً أو اجتماعياً على أن يتسنى تنفيذ هذه الحقوق فعليا فى كل البلدان فقد أصدرت فى التاسع من ديسمبر سنة ١٩٧٥ (إعلان حقوق الأشخاص المعوقين) معلنة أن تطبيق هذا الاعلان يتطلب القيام بتحريك على الصعيد القومى والدولى حتى يشكل قاعدة ومرجعا مشتركا من أجل حماية هذه الحقوق.

ويبرز هذا الإعلان أن للأشخاص المعوقين نفس الحقوق المدنية والسياسية التى للكائنات البشرية الأخرى. وفيمايلي هذه الحقوق<sup>(١)</sup>:

(١) للمعوق حق أساسى فى أن تحترم كرامته الإنسانية وللمعوق مهما كان مصدر الاختلالات ووجوه الاعاقة لديه أو طبيعتها أو خطورتها نفس الحقوق الأساسية التى للمواطنين من نفس السن وهو مايعنى بصفة عامة أن يتمتع بحياة لائقة أقرب ما تكون إلى الحياة الطبيعية.

(٢) للمعوق نفس الحقوق المدنية والسياسية التى لغيره من بنى الإنسان.

(٣) للمعوق الحق فى العلاج الطبى والنفسى والوظيفى وفى إعادة التأهيل الطبى والإجتماعى وفى التربية والتدريب وإعادة التأهيل المهنى وفى المساعدات والارشادات وغيرها من الخدمات التى تضمن أقصى ما ينسنى له من توظيف قدراته ومؤهلاته وتسرع بمسار إدماجه أو إعادة إدماجه فى المجتمع.

(٤) للمعوق الحق فى الأمن الاقتصادى والإجتماعى وفى مستوى معيشى لائق، وفقاً لامكانياته وله الحق فى الحصول على عمل والمحافظة عليه أو فى ممارسة عمل مفيد منتج ذى مقابل وفى الانضمام إلى المنظمات النقابية وللمعوق الحق فى أن تؤخذ حاجياته الخاصة بعين الاعتبار فى كل مراحل التخطيط الاقتصادى والإجتماعى.

(٥) للمعوق الحق فى أن يعيش بين أسرته أو فى مأوى يعوضه وفى المشاركة فى كل نشاط إجتماعى مفيد أو ترفيهى ولا يمكن اكراه أحد من المعوقين على معاملة متميزة لا تتطلبها حالته أو التحسن الذى يمكن أن يحقق له، فإذا كانت إقامة الشخص المعوق بمؤسسة مختصة أمراً ضرورياً فيجب أن يكون المحيط وظروف الحياة أقرب مايمكن إلى محيط وظروف الحياة الطبيعية للأشخاص الآخرين من نفس سنة.

(٦) يجب أن يحمى المعوق من كل استغلال أو إجراء أو معاملة مهينة فيها تتجاوز وحط من كرامته.

(٧) يجب أن يتمكن الشخص المعوق من التمتع بمساعدة قانونية مناسبة عندما يتبين أن مثل هذه المساعدة ضرورية لحماية شخصه وممتلكاته.

(٨) يجب أن نستشار منظمات المعوقين بشكل مجد فى المسائل المتعلقة بحقوق المعوقين.

(٩) يجب أن يتم إعلام المعوق وأسرته بصورة كاملة وبواسطة كل الوسائل المناسبة بالحقوق التى يتضمنها هذا الاعلان.

(١٠) يجب أن يتمتع الشخص المعوق بكل الحقوق المذكورة فى هذا الاعلان ويجب أن يعترف بهذه الحقوق لكل المعوقين بدون أدنى استثناء وبدون تفرقة أو تمييز قائم على الجنس أو اللون أو اللغة أو الديانة أو الأصل أو درجة الثروة أو قائم على أية وضعية أخرى.

## إحتياجات المعوقين ومشكلاتهم.

قبل أن نستطرد فى دراسة أنواع وأسس التأهيل وإتجاهاته وخطواته يجدر أن نستعرض أهم إحتياجات المعوقين ومشكلاتهم وما يمكن أن تقابل به هذه الإحتياجات، ويمكننا أن نوجز ذلك على النحو التالى<sup>(٢)</sup>:

### فردية:

- ١- بدنية: استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.
- ٢- إرشادية: مساعدة المعوق على مواجهة مشكلاته التى تعوق توافقه النفس، والسعى نحو تنمية شخصية المعوق.

### إجتماعية:

#### ١- علاقة:

- أسرة: تمكين المعوق من الحياة الأسرية الصحيحة.
- مجتمعيه: توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.
- ٢- تعليمية: إفصاح فرص التعليم المتكافئ لمن هم فى سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار.
- ٣- ثقافية: توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة.
- ٤- تدعيمية: الخدمات المساعدة المادية والتربوية وإماتيازات الإنتقال والإتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية.

### مهنية:

- ١- توجيهية: تهيئة سبل التوجيه المهني للمعوق.
- ٢- تدريبية: فتح مجالات التدريب تبعاً لمستوى المهارات ويقصد الإعداد المهني للعمل المناسب للإعاقة.

٣- محمية: إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المعوقين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء.

٤- تشريعية: إصدار التشريعات فى محيط تشغيل المعوقين وتسهيل حياتهم.

### أنواع التأهيل للمعوقين

تأخذ عمليات التأهيل للمعوق أنماطا مختلفة بحسب وجه إختلال تكيف المعوق فقد يحتاج المعوق إلى خدمات طبية ليمتع بأقصى قدرة بدنية ممكنة «التأهيل الطبي» أو يحتاج إلى خدمات مهنية إذ كانت عاهته تحد من قدرته المهنية «التأهيل المهني» أو يحتاج إلى الخدمات الاجتماعية ليأخذ وضعاً مقبولاً فى المجتمع دون ما تفرقه بينه وبين غير المعوق «التأهيل الإجتماعي» وفيمايلي تفصيلاً لذلك:

#### (١) التأهيل الطبي:

إذا كان وجه إختلال تكيف الإنسان مقتصرأ على ناحية طبية أطلقنا على ما يحتاجه من التأهيل (التأهيل الطبي) أى إستعادة ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية، مثل حالات بتر الأطراف ويكون تأهيلها طبيا هو إمداد المصاب بالأطراف الصناعية بعد جراحة البتر، أو بعد إعادة الجراحة التى تلزم أحياناً إذا لم تكن الجراحة الأولى ملائمة لتركيب وإستخدام الطرف الصناعي، ثم تدريبه على استعماله، وكذلك مثل إمداد ضعيف السمع بجهاز تقوية السمع وتدريبه على إستعماله، وكذلك إعداد ضعاف البصر بالعدسات الطبية، وأيضاً إعطاء التدريبات البدنية العلاجية والأجهزة الصناعية فى حالات الشلل وإصابات العمود الفقرى ... إلى غير ذلك من علاجات طبية وجراحية فى سبيل إعادة الإنسان أقرب ما يكون إلى الصلاحية لممارسة حياته الإجتماعية والمهنية والمستقبلية. فى إطار خطة مرسومة لمستقبل المصاب<sup>(٣)</sup>.

## (٢) التأهيل النفسى:

✓ لا يتكرر أحد أن بعض الإعاقات التى يصاحبها اضطرابات نفسية تترك حتى بعد الشفاء - بواق طويلة الأمد أو مزمنة وهنا واجب من واجبات التأهيل بالنسبة لهذه البواقى ، حيث يجب العمل على توافق الفرد الأقصى درجة ممكنة حتى مع وجود هذه البواقى .

وهكذا ينظر التأهيل الطبى النفسى إلى مؤسسة التأهيل أو العيادة النفسية أو المستشفى كمكان يتعدل فيه سلوك المعوق وليس مجرد مكان يتلقى فيه المعوق نوعا نمطيا جامدا من العلاج ، ويتبنى اتجاها ملخصه التعامل مع شخص المعوق أكثر من التعامل مع الإعاقة ، ويتطلب إستخدام هذا النوع من التأهيل مراعاة ما يلى <sup>(٤)</sup> :

أ- تكوين علاقة علاجية إنسانية سليمة مع المعوق كلها إهتمام واحترام وأمن وتطمين ومساندة وتشجيع (علاقة أفقية وليست رأسية) .  
ب- أخذ جميع المعلومات عن شخصية المعوق مع الاهتمام بالتركيز على تاريخ الأسرة والميول والإهتمامات والهوايات والصدقات ... الخ .

ج- العلاج الإجتماعى (علاج المحيط البيئى) والتدخل بتعديل بعض عناصر البيئة الإجتماعية التى سيعيش فيها المعوق . وإعادة التطبيع الإجتماعى وتمكين المعوق من التفاعل الإجتماعى مع الآخرين من المعوقين ومن الأسوياء وإشراكه فى أوجه نشاط مخطط بالمستشفى أو مركز التأهيل وإشراكه فى النوادى وتيسير الخدمات الترفيهية .

د- الإستعانة بأسرة المعوق بعد تعليمهم وتدريبهم وإبعادهم عن أسلوب العطف والمواساة للمعوق والشعور بالذنب والعار .

هـ- العلاج بالعمل (للكبار) وباللعاب (للصغار) .

و- الإهتمام بالتوجيه والتأهيل المهني للمعوق.

ع- إتخاذ النماذج الممتازة من المعوقين السابقين فى التأهيل كنماذج للمستجدين .

م- يجب أن تمتد هذه الخدمات إلى ما بعد تأهيل المعوق وخروجه من المؤسسة لأنه من المعروف أنه بدون نظام شامل وخطة محكمة للمتابعة يكون المعوق عرضه للنكسة . وفى ضوء ما سبق يتبين لنا القيمة الكبرى للتأهيل الطبى النفسى للمعوق هى تحقيق التوافق النفسى والإجتماعى والمهنى وتأهيل المعوق لمواجهة الحواجز النفسية الإجتماعية عندما يخرج إلى المجتمع حيث الاتجاهات السالبة نحو ذوى العاهات والمرضى النفسى، وهو يعين المعوق فى التغلب على مشاعر النقص والخسارة ويخس الذات.

### (٣) التأهيل الإجتماعى:

إذا كانت الظروف الأسرية للمعوق أو ظروف عمله أو علاقاته الإجتماعية فى بيئته هى وجه الإنحراف أو الاختلال فى إعاقته فكيفه مع المجتمع الذى يعيش فيه، فإن إعادة تكيفه فى مواجهة هذه الظروف هى ما يطلق عليه (التأهيل الإجتماعى) <sup>(٥)</sup> ومن لم يتجه هذا النوع من التأهيل نحو التعامل مع البيئة الإجتماعية للمعوق وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقل المعوق أما مؤقتاً أو بصفة مستديمة من البيئة الإجتماعية التى أدت إلى اختلاله أو اضطرابه النفسى إلى بيئة إجتماعية أخرى بما يتيح ويحقق التوافق النفسى السوى المنشود.

وهكذا نجد أنه يندرج تحت هذا النوع من التأهيل مايسمى بالعلاج البيئى: envirenmental Treatment وعلاج المحيط البيئى Milieu thearapy

ولتحقيق ذلك فثمة أساليب يستعين بها الاختصاصي الإجتماعي لعل أهمها مايلي<sup>(٦)</sup>:

- الاستعانة بجميع أفراد أسرة المعوق في تهيئة جو أسرى هادئ سار له.
- في أضيق الحدود يتم إيداع المعوق في مؤسسة داخلية بعيداً عن أسرته المهددة غير الآمنة وبشرط أن يكون الإيداع بالمؤسسة أفضل من البقاء في المنزل كأخر حل.
- تهيئة بيئة إجتماعية صحية للتأهيل.

#### (٤) التأهيل المهني:

إذا كان وجه إختلال تكيف الإنسان للحياة هو فقد وظيفته التي يرتزق منها أو عجزه عن الاستمرار في ممارسة مهنته، سواء كان ذلك بسبب حدوث عائق في ظروف البيئة التي يعيش فيها، أو بسبب تغيير طرأ على صفات شلخصيته (مثل إصابته بأي خلل في قدراته البدنية كالعاهات والأمراض الزمنة، أو إنحراف في صفاته العقلية والنفسية)، فهذا هو أقصى أنواع عدم التكيف ولذلك كان أكثر أنواع التأهيل إهتماماً من جانب معاهد البحث العلمي وأجهزة الخدمات في جميع الدول المتقدمة - ذلك هو التأهيل المهني للمعوقين -<sup>(٧)</sup> مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه. وهكذا يتبين لنا أن التأهيل يشمل أنواعاً متعددة (طبي ونفسي وإجتماعي ومهني) وقد تختلف حالات المعوقين من حيث مدى حاجتهم إلى هذه الأنواع المختلفة فقد يحتاج المعوق إلى نوع واحد فقط أو أكثر من تلك الأنواع في وقت واحد.

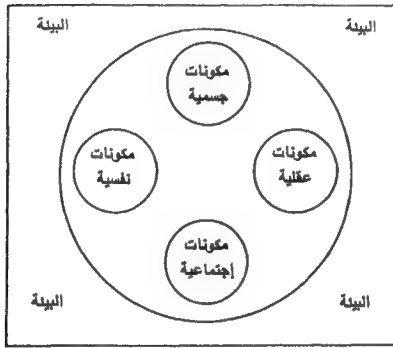
#### أسس ومبادئ العمل مع المعوقين

إن العمل مع المعوقين والعناية بهم والتصدي لجماليات الإعاقة يجب أن يركز على الأسس والمبادئ التالية:

## (١) شخصية المعوق وحدة متكاملة متعددة الأبعاد:

يتكون البناء الوظيفي للشخصية من أبعاد ومكونات متكاملة ترتبط ارتباطاً وظيفياً قوياً في حالة السواء. وإذا حدث إضطراب أو نقص أو شذوذ في أى مكون منها أو في العلاقة بينهما، أدى إلى إضطراب في البناء العام والأداء الوظيفي للشخصية.

وفيما يلي هذه المكونات والأبعاد:



(شكل يوضح البناء الوظيفي للشخصية)

### (أ) مكونات جسمية صحية:

وتتعلق بالشكل العام للفرد وحال الوزن وإمكانات الجسم الخاصة والعجز الجسمي الخاص، والصحة العامة، والأداء الحركي والمهارات، الحركية، ووظائف الحواس المختلفة، ووظائف أعضاء الجسم كالجهاز العصبي والجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز الغددي والجهاز التناسلي.

### (ب) مكونات عقلية معرفية:

وتشمل الوظائف العقلية مثل الذكاء العام، والقدرات العقلية المختلفة، والعمليات العقلية العليا كالادراك والتذكر والتفكير ... الخ.

### (جـ) مكونات نفسية إنفعالية:

وتتضمن أساليب النشاط المتعلق بالانفعالات المختلفة كالحب والكره والخوف والغضب ... الخ وما يرتبط بذلك من ثبات إنفعالي أو عدمه وتجمعات الانفعالات في عواطفه.

### (د) مكونات إجتماعية:

وتتعلق بالتنشئة الإجتماعية للشخص في الأسرة والمدرسة والمجتمع وجماعة الرقاق. والمعايير الإجتماعية والأدوار الإجتماعية والاتجاهات الإجتماعية والقيم الإجتماعية والتفاعل الإجتماعي ... الخ<sup>(٨)</sup>.

وعلى هذا فان العوامل التي يجب أن تكون في إعتبارنا دائما عندما نبحث حالة المعوق لدراسة مشكلاته وتأهيله هي:

١- الصفات الجسمية ٢- الصفات العقلية.

٣- الصفات النفسية ٤- ظروف البيئة وملاستها وأثرها عليه

ويدخل فيها الأسرة والعمل والأصدقاء وظروف المعيشة. وعلى ذلك لا يجوز توجيه المعوق مهنيا على أساس صفة واحدة من صفاته الفردية، فمن الخطأ أن يقال (علينا أن نوجه الأفراد بحسب ميولهم) أو (على أساس مواهبهم فقط) أو تبعاً لمستويات ذكائهم ... الخ.

وإنما ترتبط قدرة المعوق على أداء عمل معين بصفات ومكونات الشخصية في مجموعها كوحدة متكاملة.

(٢) الميول لاثقل على قدرات:

من الأخطاء الشائعة، إعتبار الميول أساساً لصلاحية المعوق للمهنة،

بحيث تتوقع نجاحه فى أى مهنة يميل إليها إذا ما أعطى التدريب المناسب، والحقيقة خلاف ذلك، فقد يميل شخص إلى مهنة معينة ثم يكتشف أنه لا يصلح لها على الإطلاق مهما نال من تدريب أو تعليم، بل ربما يكتشف أنه لا يميل إليها أصلاً. لأن الميل لا يخرج عن كونه عاطفة تكونت من تكرار مواقف محبة إلى الإنسان ترتبط بالشئ الذى مال إليه.

### (٣) مراعاة فرص العمل الفعلية فى البيئة:

لا تقتصر عملية التأهيل المهنى على ملاءمة قدرات المعوق لمطالب المهنة التى يوجه إليها ثم يدرب عليها ويتقنها إذ قد نكتشف بعد إعداد المهنة إعداداً كاملاً أن تلك المهنة كاسدة فى سوق العمل. ولذلك يجب أن يلم القائمون بالتأهيل المهنى إلماً كاملاً بفرص العمل الفعلية فى البيئة المحلية ويتابعون حالتها من حيث الزواج أو الكساد باستمرار<sup>(٩)</sup>.

### (٤) مراعاة الحالة النفسية للمعوق:

يجب أن نتذكر أن المعوق يعانى الإحباط، وعدم الأمن وأنه لذلك عصيب المزاج، سريع الاستثارة، شديد الحساسية فى تعامله مع الآخرين وبالتالي يجب على الاختصاصى الذى يتعامل معه أن يكون معه صبوراً، واسع الصدر هادئاً، وأن يوجه أسرته والمحيطين به المراعاة ذلك أيضاً.

### (٥) تجنب إظهار مشاعرنا الخاصة نحو المعوق:

من أخطر الأمور التى تواجه المعوق وتوق تأهيله وتكيفه للحياة، إظهار إنفعالنا الخاصة نحوه مثل العطف الزائد أو الفضول عن تصرفاته وعن كيفية ممارسته لشئون حياته الخاصة أو الأزراء. وعدم التقدير، فإن ذلك يشعره دائماً بالنقص وبالتالي يدفعه إلى تعويض النقص بوسائل وأساليب شاذة من السلوك.

## (٦) قبول المعوق :

يدخل فى ذلك توجيه الأسرة والبيئة والرأى العام وفريق الإخصائين القائمين بالتأهيل لكي يتقبلوا المعوق كما هو لأن المجتمع إذا تقبل المعوق كانسان له قيمته وكرامته كان من السهل عليه قبول نفسه.

(٧) أسس التأهيل واحدة مع جميع أنواع الإعاقة، ولكنها تختلف فقط فى زيادة التركيز على بعضها بحسب نوع الإعاقة.

وذلك نظراً لما تتميز به كل إعاقة من طابع خاص يؤثر فى سلوك المعوق وفى مدى إستجابته لوسائل التأهيل المختلفة (التأهيل الإجتماعى والطبى والنفسى والمهنى). فمثلاً فى حالة المكفوفين تزداد العناية فى جانب التأهيل النفسى وإعادة التكيف لممارسة شؤون الحياة العادية وفى حالة الناقهين من الدرن تعطى عناية خاصة لتطوير ظروف العمل من آن لآخر تبعاً لتطور الحالة الصحية للمعوق، وفى تأهيل الحالات العقلية يزداد اهتمامنا بتوجيه الآخرين (الأسرة وصاحب العمل) حول معاملته فى مواجهة سلوك معين، وفى حالة المصابين بعماهات قلبية نركز اهتمامنا حول القلق والتوترات التى تصاحب نفسية المعوق وكل ذلك طبعاً إلى جانب عنايتنا العادية ببقية الأسس العامة للتأهيل فى كل هذه الميادين<sup>(١٠)</sup>.

## (٨) الإيمان بقدرة المعوق على التعلم والنمو:

المعوقون مهما تنوعت صور إعاقاتهم لديهم قابليات وقدرات للتعلم والنمو والاندماج فى الحياة العادية للمجتمع، وهذا يقتضى التركيز على ما يستطيعونه من تعلم ومشاركة، لا على ما لا يقدرّون عليه.

## (٩) الشمول والمشاركة:

يشكل العمل مع المعوق سلسلة من الجهود والبرامج الهادفة إلى الرعاية والتعليم والتأهيل والادماج الإجتماعى والتشغيل وهى حلقات متكاملة.

والاهتمام بواحدة منها، وإن كان لازماً، لكنه لا يعتبر كافياً في المفهوم الشامل لمواجهة مشكلات المعوق على المستوى الفردى أو الإجتماعى.

أضف إلى ماسبق أن مواجهة مشكلات الإعاقة والمعوقين مسؤولية تقع على عاتق الدولة والمجتمع والأسرة، ولكل منها دوره وإختصاصه وتبعاته، وعلى مدى التعاون والتكامل فى الأدوار والمسئوليات. يتوقف فاعلية العمل ومواجهه فى هذه المواجهة:

#### (١٠) المساواة وتكافؤ الفرص:

الإقرار لجميع المعوقين بحقوقهم فى الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون تمييز بسبب الجنس أو الأصل أو المركز الإجتماعى أو الانتماء السياسى.

#### (١١) إعادة التوافق النفسى للمعوق هى محور عملية التأهيل:

ويقصد بالتوافق هنا أى القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين المعوق وبينه.

ولهذا التوافق بعدى أساسين بينهما صلة وثيقة وتأثير متبادل هما (١١)

#### ١- التوافق الشخصى:

وهو أن يكون المعوق راضياً عن نفسه، غير كاره لها أو نافر منها أو يماحط عليها أو غير واثق فيها. كما تتسم حياته النفسية بالخلو من التوترات والصراعات النفسية التى تقترن بمشاعر الذنب والقلق والضيق والتقص والرتاء للذات.

إن المعوق غير المتوافق مع نفسه شخص يعانى حرجاً تدور رحاها بين جوانب نفسه. وهى حرج تستنفد قدراً من طاقته كان يجدر أن تستغل فى مواجهة أعباء الحياة وشدائدها. لذلك نراه قليل الحيوية، عاجزاً عن المثابرة

وبذل الجهد. وعن الثبات والصمود حيال الشدائد والأزمات لا يلبث أن يختل ميزانه ويشوه إدراكه وتفكيره أن ارتطم بمشكلة.

## ٢ - التوافق الإجتماعى:

وهو قدرة المعوق على أن يعقد صلات إجتماعية راضية مع من يعاشرونه أو يعملون معه من الناس، صلات لايفشاها الاحتكاك والتشكى والشعور بالاضطهاد، ودون أن يشعر المعوق برغبة ملحة فى إستدرا عطفهم عليه، أو طلب المعونة منهم.

والمعوق المتكيف مع المجتمع أقدر على ضبط نفسه فى المواقف التى تثير الإنفعال، فلا يثور ويتهور لأسباب تافهة أو صبيانیه، ولا يعبر عن إنفعالاته بصورة طفلية فجأة، هذا إلى قدرته على معاملة الناس بصورة واقعية لا تتأثر بما تصوره له أفكاره وأوهامه عنهم.

هذا وتختلف الأساليب والوسائل المتبعة فى تحقيق هذه الأهداف حسب الحالة الفردية للمعوق من حيث سبب الإعاقة والسن عند الإصابة والمستوى العقلى والثقافى والعلمى والاقتصادى وظروف الأسرة ودرجة تعليم أفرادها وغير ذلك من العوامل التى تقتضى إختلافات فردية فى التوجيه والتدريب والمعاملة، ولذلك تستعين مؤسسات تأهيل المعوقين بأخصائيين إجتماعيين وأخصائيين نفسيين مدربين فى ميدان توجيه المعوقين.

## أساليب ونظم الرعاية الإجتماعية للمعوقين

تختلف أساليب ونظم الرعاية والتأهيل الشامل للمعوقين حسب نوع ودرجة الإعاقة بل وحسب الظروف الإجتماعية والاقتصادية الخاصة بالفرد المعوق وأسرته.

وعموماً يمكن تصنيفها إلى مايلى:

## (١) الرعاية المنزلية:

وهى رعاية تتم فى رطار الأسرة وبيئة المعوق لتسهيل اندماجه ومساهمته فى المجتمع وإزالة العوائق والحواجز دون عزله فى مؤسسات خاصة.

ويتبع هذا الأسلوب مع حالات المعوقين كالمكفوفين والناقهين من الدرن وغيرهم من الحالات نظرا لأسباب صحية أو لكبر السن .. إلخ. ولكنهم يتوافقون مع أسرهم ومع المجتمع. حيث تقدم كافة الخدمات والمساعدات اللازمة لهم فى منازلهم لرفع مستواهم المادى والمعنوى. ويؤدى هذا النوع من الخدمات أخصائيات إجتماعيات درين تدريباً خاصا للقيام بهذه المهمة وتتخلص هذه الخدمات فيما يلى:

أ- بحث الحالة الإجتماعية للمعوق للوقوف على جميع ظروفه وأحواله واحتياجاته ووضع خطة العلاج والإعداد السليم.

ب- مساعدة المعوق وأسرته فى الحصول على الخدمات من الأجهزة الموجودة فى المجتمع.

ج- إحداث التغييرات المطلوبة فى اتجاهات أسرة المعوق نحو كيفية معاملتهم له وتقبله .. إلخ.

## (٢) الرعاية النهارية:

ويتيم هذا النوع من الرعاية فى مؤسسات خاصة أو فصول خاصة يلتحق بها المعوق أثناء النهار ويعود يوميا إلى أسرته كما فى حالات المكفوفين والصم والبكم وغيرهم من حالات الإعاقة الأخرى الخفيفة.

ويعتبر هذا الأسلوب - كما هو الحال فى نظام الرعاية المنزلية - من أفضل الأساليب والنظم المتبعة فى العمل مع المعوقين وذلك نظراً للأسباب التالية:

أ- قلة التكاليف.

ب- عدم عزل المعوق عن بيئته الطبيعية.

وبذلك يحتفظ بكيانه واحترامه وتقديره لنفسه حيث يشعر المعوق في بيئته الطبيعية أنه كغيره من الناس، لا ينتمى إلى طائفة من المعوقين لها نظامها الخاص في التعليم والتدريب .. الخ.

ج- إتمام عملية التأهيل في مدة أقصر، حيث لوحظ أن المعوقين الملاحقين بمراكز التأهيل كثيرا ما يحاولون إطالة مدة إقامتهم بالمركز حيث يتمتعون بالرعاية الكاملة ووسائل الترفيه والبعد عن المتاعب النفسية لشعورهم بالنقص في البيئة الخارجية.

### (٣) الرعاية الإيوائية:

ويتبع أسلوب الرعاية الإيوائية الكاملة خاصة مع حالات المعوقين شديدي الإعاقة الذين ثبت البحث الاجتماعي والفحص الطبى والنفسى أن حالتهم تتطلب رعاية إيوائية فى مؤسسة خاصة. ومن هذه الحالات مايلى

أ- الإصابات الجسمية التى يصعب معها إنتقال المعوق يوميا أثناء عملية التوجيه المهني أو أثناء التدريب المهني، مثل حالات الشلل النصفى أو بتر الساقين أو بتر الذراعين أو إصابات القلب ... الخ.

ب- الحالات المحتاجة أثناء التشخيص إلى مراقبة مستمره حيث يطلب أحيانا وضع المصاب تحت المراقبة (مثل حالات الصرع أو الهستيريا) أو يطلب الأخصائى النفسى مراقبة السلوك طول الوقت.

ج- الحالات التى تحتاج إلى علاج طبيعى بجانب التوجيه والتدريب المهني، ولذلك نجد أن أغلب مؤسسات التأهيل مشتمله على أقسام للعلاج الطبيعى.

د- الحالات التي تكون فيها ظروف البيئة عائقاً كبيراً في سبيل تنفيذ عملية التأهيل مثل معارضة أسرة المعوق في تأهيله أو حثه على التسول، أو الإصابات التي تحتاج إلى ظروف صحية غير متوفرة في البيئة كحالات القلب، وبعض حالات أصابات العضلات أو بعض الأمراض النفسية المزمنة .. الخ (١٧).

#### (٤) الرعاية اللاحقة:

ويتبع هذا الأسلوب بهد انتهاء برنامج تأهيل المعوق. وبمقتضى هذا النظام يتم مايلي (١٣):

أ- يمنح المعوق شهادة يبين بها على الأخص المهنة التي تم تأهيله لها والبيانات الأخرى التي أوضحتها - اللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥، والمعدلة بالقرار الوزاري رقم ٦١ سنة ١٩٨٦ بشأن تنظيم فحص طالبي التأهيل المهني وتقرير صلاحيتهم للتأهيل ومنحهم شهادات التأهيل.

ب- يتم توجيه المعوق للتقدم إلى مكتب القوى العاملة بدائرة محل الإقامة للحصول على شهادة قيد المعوقين المؤهلين تمهيداً لترشيحه للعمل.

ج- يكون تخرج المعوق من المؤسسة بناء على تقرير تضعه المؤسسة بواسطة الأخصائي الإجتماعي يوضح مدى إمكان تكييفه مع البيئة الخارجية وتوافق عليه الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعي للمعوقين.

د- تقوم المؤسسة بتشغيل خريجها وتتبع حالتهم لمدة لا تقل عن ستة أشهر يقوم خلالها الأخصائيون الإجتماعيون بتقديم الرعاية والمساعدة الممكنة التي تتطلبها حالة المعوق.

## المراحل والخطوات الأساسية لرعاية وتأهيل المعوقين

تتم عملية الرعاية والتأهيل للمعوقين من خلال عدة مراحل وخطوات هامة نحصرها فيما يلي:

(١) التشخيص التقويمى الشامل للمعوق:

(٢) الرعاية الشاملة للحالة.

(٣) المتابعة والرعاية اللاحقة للمعوق.

وفيما يلى تفصيلا لذلك:

أولاً: التشخيص التقويمى الشامل للمعوق:

من حق كل معوق أن يحصل على الرعاية التى يحتاج إليها فى أقرب وقت، وأول خطوة فى سبيل تحقيق هذا هى تشخيص ودراسة حالة المعوق دراسة شاملة وهذا ما نعبّر عنه بالتشخيص التقييمى الشامل.

ولهذا التشخيص عدة أهداف أهمها:

- ١- تشخيص الحالة ودراسة أسبابها.
- ٢- تحديد مدى العجز الذى يصبىب الحالة ودرجته.
- ٣- قياس مدى تأثير الإعاقة على تكوين المعوق وشخصيته.
- ٤- تقدير مستقبل الحالة بناء على مدى العجز وشدته وإمكانيات المعوق واستعداداته ومدى توفر الخدمات لرعايته.
- ٥- تقدير الاحتياجات المباشرة للمعوق وأسرته سواء كانت حاجات طبية أو تعليمية أو إجتماعية أو نفسية أو مهنية.
- ٦- وضع خطة الرعاية والمقترحات المتعلقة بذلك.

هذا ويتكون التشخيص التقويمى الشامل لحالة المعوق من عدة عناصر وعمليات محددة أياً كانت طبيعية الإعاقة ولكن تختلف أهمية كل عملية

من هذه العمليات بين حالة وأخرى وفقا للمشاكل النوعية للحالات وهذه العمليات والعناصر هي:

(أ) التقييم الطبي والصحي العام لحالة المعوق: ويهدف إلى<sup>(١٤)</sup>:

(١) قياس المستوى الصحي العام للمعوق لاكتشاف الحالات المرضية الأخرى التي قد يكون المعوق مصابا بها بجانب العجز الأصلي. فقد يكون مريضاً بالبلهارسيا أو مصابا بفقر الدم أو غيره مما يضيف مشاكل صحية على العجز الأصلي.

وفي عملية التقييم هذه يهتم بصفة خاصة بمايلي:

- تاريخ الحمل والولادة.
- مستوى التغذية.
- التاريخ المرضي وما قد أصيب به المعوق من أمراض وحوادث.
- العمليات الجراحية التي أجريت له.
- الكشف الصحي العام.
- التحاليل الطبية والأعمال المعملية الأخرى.

(٢) الكشف الطبي الكامل على العجز أو العاهة التي تصيب المعوق.

ويحتاج هذا لطبيب أخصائي في نوع الإعاقة لتشخيصها التشخيص الدقيق فمثلا في حالة العجز البصري يقوم بالتقييم الطبي أخصائي في العميون.

ويشمل التقييم الطبي:

- دراسة حالة العجز ودرجته ومداه.
- دراسة أسباب التعوق.

- تقدير مستقبل الحالة بناء على مدى العجز وشدته ومدى توفر الخدمات لرعايه المعوق.

ويستعان فى هذا بالتاريخ الطبى للحالة، وبالتشخيص والاختبارات النوعية وفقاً لنوع العجز ويحتوى التقويم الطبى التوصيات الخاصة بعلاج العجز أو العاهة سواء كان علاجاً طبياً أو جراحياً.

#### (ب) التقويم النفسى للمعوق:

ويهدف إلى قياس ودراسة الحالة النفسية للمعوق وخاصة أثر العجز أو العاهة على شخصيته.

وعموماً يهتم التقويم النفسى للمعوق بدراسة مايلي<sup>(١٥)</sup>:

- ١- مستوى ذكاء المعوق واستعداداته العقلية.
- ٢- مدى أثر الإعاقة على شخصيته وسلوكه.
- ٣- مدى استعداده للتعاون والاستفادة من برنامج الرعاية.
- ٤- دراسة ميوله الخاصة وقدراته المهنية.
- ٥- تحديد عما إذا كان التعويق ناتج عن إصابة عضوية أم أنه انحراف وظيفى أى سلوكى فقط.
- ٦- وأخيراً، وضع تقرير بالنصائح والإرشادات والأوضاع التى يجب على المعوق والمسؤولين عن تأهيله مراعاتها فى اختيار المهن وفى التدريب المهني والتشغيل وكذلك بالنسبة للتكيف البيئى فى محيط الأسرة وخارجها.

ويقوم بعملية التقويم النفسى الأخصائى النفسى ويعتمد فى عمله على المقابلة والملاحظة وإجراء المقاييس النفسية المختلفة.

## (جد) التقويم الإجتماعى للمعوق :

وتهدف هذه العملية إلى دراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التى يكون لها أثر على حالة المعوق ورعايته وذلك تمهيداً للتشخيص الدقيق لحالة المعوق ووضع العلاج الملائم لها. وتشمل بصفة خاصة<sup>(١٦)</sup> :

١- اتجاهات الأسرة نحو المعوق، ونحو عجزه وعاهته، وشعور أفراد الأسرة نحوه.

٢- مدى استعداد ورغبة الأسرة فى رعاية المعوق.

٣- الإمكانيات المادية والاقتصادية للأسرة.

٤- الاستعداد للرعاية المنزلية للمعوق.

٥- دراسة علاقة المعوق بأفراد الأسرة.

٦- المشكلات الاجتماعية والنفسية التى نجمت عن العاهة.

٧- دراسة شخصية المعوق من ناحية الاعتماد على النفس أو الانكالية والانطواء والميول العدوانية وأثر سلوكه فى علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها.

٨- رأى المعوق فى الأعمال التى يرغب فى التدريب عليها، وكذلك استعداداته وإمكاناته التى يمكن الاستفادة منها فى عمليات التأهيل ... إلى غير ذلك من المعلومات.

ويقوم بهذه الدراسة الاجتماعية الأخصائى الإجتماعى ويعتمد فى دراسته هذه لحالة المعوق على عدة مصادر يمكننا رصدتها بصفة عامة فى النواحي التالية:

١- المعوق ذاته.

٢- الأسرة والأقارب.

٣- مصادر البيئة .. كالمدرسة والمستشفى والرفاق .. الخ.

٤- الخبراء في المجالات الخاصة (ذوى الخبرة).

٥- الوثائق والمستندات والسجلات المختلفة.

٦- نتائج الاختبارات والفحوص الطبية والعقلية والنفسية كاختبارات الذكاء واختبار القدرات والميول المهنية والشهادات الطبية الصحية والمربطة بحالة العجز وطبيعة العاهة وما إليها.

ولحصول الاختصاصي الإجتماعي على كافة المعلومات والحقائق الدراسية الذاتية والبيئية المرتبطة بحالة المعوق من هذه المصادر المختلفة فإنه يستعين في ذلك بعدة أساليب دراسية أهمها:

١- المقابلات بأنواعها المختلفة سواء مقابلة المعوق ذاته أو المحيطين به أو الخبراء ومن إليهم.

٢- الزيارة المنزلية أو المؤسسية.

٣- المكاتبات أو الاتصالات التليفونية وما إليها.

هذا ويتوقف استخدام الاختصاصي لوسيلة دون الأخرى على طبيعة الحقائق ذاتها ومصادرها فالمقابلة الشخصية تكتشف عن حقائق لا تكشفها المكاتبات أو الاتصالات التليفونية، كما أن الزيارة المنزلية قد توضح أمور لا تكشفها المقابلة الشخصية وهكذا.

#### (د) التقويم التعليمي للمعوق:

ويقصد به قياس مدى استعداد المعوق للتعليم ويؤخذ في الاعتبار ما قد يكون قد حصل عليه من تعليم قبل إصابته بالعجز أو الإعاقة.

ويعتمد في هذه العملية على الشهادات المدرسية والاختبارات المباشرة هنا ويتم التقويم التعليمي بواسطة أخصائيين في تعليم الشواذ وفقاً لنوع الإعاقة للحالة (١٧):

### (هـ) التقويم المهني للمعوق:

التقويم المهني هو عملية تحاول تقدير قدرات الفرد ومهارته البدنية والعقلية وسلوك شخصيته في محاولة لتحديد امكانيات عمله في الحاضر والمستقبل ويقوم بهذه العملية أخصائى التقويم.

وتقسم الوسائل المستخدمة فى القيام بهذه العملية التقويمية فيما يلى (١٨):

#### (١) المواقف الفعلية:

وتستخدم المواقف الفعلية كوسائل للتقويم المهني للمعوق.

ويمكن تقسيم هذه المواقف إلى ثلاث أقسام رئيسية هى:

#### (أ) التقييم أثناء العمل:

يعتبر هذا النوع من التقييم أكثر الطرق واقعية فى القياس فاستخدام المواقف الفعلية للعمل داخل وخارج المؤسسة يتيح مدى واسعاً من مواقف التقييم .. ويمكن استخدام المنشآت القائمة فى البيئة كالمصانع والشركات فى هذه التقييم وفى مؤسسات التأهيل الكبيرة التى لديها ورش تدريب تستخدم هذه الورش لهذا النوع من التقييم.

#### (ب) عينات العمل:

عينة العمل هى نشاط عمل معروف تماماً يتضمن واجبات ومواد خام - وأدوات مطابقة أو شبيهة بتلك المستخدمة فى العمل الفعلى وهى تستخدم لتقدير الاستعدادات المهنية للفرد وخصائص العامل والميول المهنية - وكعينة للعمل مصممة على أساس من تحليل العمل فان هذه العينة من العمل تقرب وظائف الحياة الواقعية بطريقة أقرب كثيراً مما تفعله الاختبارات النفسية ويمكن أن تكون عينة العمل:

(١) وظيفة فعلية في حد ذاتها منقولة إلى وحدة التقييم.

(٢) تقليد لعملية حقيقية.

(٣) عينة سمات - لتقدير حقيقة أو عامل واحد مثل مهارة الاصابع.

(٤) عينة لمجموعة من السمات تقيس هذه المجموعة.

ويجب أن تمثل كل عينة عمل المدى الكامل للأنشطة والمكونات التي يضمها عمل واقعي ويبدأ مصمم عينة العمل بتحليل مفصل للوظائف لكل العمليات والظروف والأنشطة لوظيفة معينة. ويحسن أن تكون عينة العمل بحيث تغطي دلالات لمجموعة من الأعمال ترتبط في أساسياتها بما تمثله هذه العينة من عمل.

#### (جـ) القياس النفسى:

هى وسائل للقياس تستخدم واجبات مجردة وعادة تستخدم الورقة والقلم وبعض الجوانب المعرفية والحركة النفسية والسمات .. الخ.

ويستخدم القياس النفسى فى التقييم المهنى ككل لعينات العمل وغيرها من أساليب التقويم. وعادة فإن عينات العمل تركز جهودها على القدرات النفسية الحركية ولكنها لا تقيس بطريقة مناسبة الجوانب الأكثر تجريدًا والمتصلة بالمعرفة - ويمكن استخدام المقاييس النفسية فى قياس الإستعدادات والقبول لمجال عمل معين.

هناك اتجاه حديث لاسقاط فائدة الاختبار النفسى فى عملية التقييم المهنى ولعل هذا هو الذى دفع إلى البحث عن عملية التقييم المهنى كبديل عن الاختبار النفسى .. ويعتبر الاختبارات النفسية أقل الوسائل استنباطا لامكانيات المعوقين فى العمل ولهذا يجب أن تؤخذ بكل حذر.

#### (٢) الموارد:

تضم هذه الوسائل كل المعلومات التى يمكن استخدامها لتقديم العون

والإيضاح فى عملية التقييم المهنى ويمكن تقسيم هذه الموارد إلى:

#### (أ) المعلومات المهنية:

عبارة عن بيانات تصف بيئة العمل ويمكن أن تكون معلومات عامه مستقاة من مصادر مثل:

قاموس المصطلحات المهنية - جولة لموقع العمل - المسوح التى تجرى لسوق العمل المحلى والتى توضح الفرص الوظيفية المتاحة ومتطلباتها.

#### (ب) معلومات عن العميل:

هى بيانات تتصل بالعميل - يمكن الحصول عليها من الاخصائيين الفنيين مثل الاطباء والأخصائيين النفسيين أخصائى التأهيل والإجتماعيين .. الخ وكذلك الوالدين وأصحاب الأعمال الذين عمل لديهم العميل فى الماضى وغيرهم.

#### (ج) تحليل العمل:

تحليل العمل هو الدراسة المنهجية عن المهنة - فى صورة ماذا يفعل العامل بلنسبة للبيانات - الناس - الأشياء - المنهاج - الأساليب الفنية المستخدمة - الماكينات .. الأدوات والأجهزة .. مساعدات العمل .. الخامات .. المنتجات الخصائص المطلوبة فى العامل.

#### (د) المواد السمعية والبصرية:

المواد السمعية والبصرية هى وسائل مكتوبة .. مطبوعة مرئية أو مسموعة .. مثل الفيديو الافلام .. الشرائح الصور الفوتوغرافية .. اللوحات .. الأشكال .. الخ.

والتي يمكن أن تستخدم لاسراع تقييم العميل نفسه وتشجيع الاستكشاف المهنى.

### (٣) الوسائل التطبيقية: وتشمل

#### (أ) المقابلة:

تيسر وسائل المقابلة تفهم العميل لبرنامج التقييم المهني وتفهم الأشخاص لاحتياجات العميل.

#### (ب) الملاحظة:

وهي طرق للمراقبة الهادفة لنشاط العميل وهي تركز عادة على الانتاجية - أنماط السلوك - والميول التي يعبر عنها العميل - وقد تشمل أنشطة غير عملية خارج وحدة التقييم مثل وقت الغذاء - أوقات الراحة - الترويح.

#### (ج) أعداد التقارير:

مثل التسجيل والتنظيم - والربط بين المعلومات الخاصة بنتائج تقييم العميل - وهي تشمل التقارير المكتوبة والاتصالات الشفوية مع المهتمين بتقديم العميل وتبادل المعلومات في المؤتمرات الفنية التي تعقد بخصوص العميل.

#### ثانياً: الرعاية الشاملة للمعوق:

يتم وضع برنامج الرعاية الشاملة للمعوق بواسطة فريق متكامل من الإخصائيين، من أطباء، هيئة تمريض، أخصائيين إجتماعيين، إخصائيين نفسيين، أخصائيين في تعليم الشواذ، أخصائيين في التقويم المهني، أطباء وأخصائيين علاج طبيعى وغيرهم وذلك بهدف:

أ- إيضاح خطة الرعاية للمعوق سواء كانت قصيرة الأجل أو طويلة الأجل.

ب- توضيح الطريقة العملية لتأكيد استمرار الرعاية ومتابعتها.

ج- تحديد طرق التقويم الدورى لبرنامج رعاية المعوق ومدى نجاح هذا البرنامج.

ويحتوى برنامج الرعاية الشاملة للمعوق على عدة مكونات أهمها:

(أ) الرعاية الصحية والطبية للمعوق:

لهذه الرعاية عدة أهداف أهمها:

- ١- تقوية صحة المعوق والوقاية النوعية من الأمراض.
- ٢- علاج ومتابعة الحالات المرضية أيا كان هذا المرض<sup>(١٩)</sup>.
- ٣- علاج العاهة بالإعداد الجسمى البدنى للمعوق، ويشمل هذا الإعداد عادة الخطوات الآتية:

أ- العلاج الطبيعى:

ويعتبر من الوسائل التى تساعد المريض على استخدام عضلاته المعطلة ويستخدم فى ذلك العلاج بالحمامات المائية والكهرباء والتدليك والتمرينات البدنية الخاصة.

ب- التدريب البدنى: وذلك بالاستعانة بالأجهزة التعويضية كالأطراف الصناعية أو النظارات وأجهزة السمع أو الأحزمة المختلفة مع مساعدة المريض على إستخدام تلك الأجهزة. وتعتبر هذه العملية الفنية الهامة بالنسبة لذوى الأطراف المبتورة والمصابين بشلل الأطفال<sup>(٢٠)</sup>.

ج- العلاج بالعمل:

ويقصد به أى نشاط بدنى أو عقلى يوصف للمصاب أو المريض بقصد تعزيز وسائل العلاج العادية أو المعاونة على التعجيل بشفاائه.

والغرض من هذا النوع من العلاج الذى أصبح فرعاً من فروع العلاج الطبى الحديث هو:

- ١- أن يتجه المعوق بتفكيره إلى غير مرضه أو إصابته فترفع روحه المعنوية الأمر الذى يساعد على سرعة شفاائه.

٢- فى حالات الإصابات التى يترتب عليها تصلب بعض المفاصل أو ضمور بعض العضلات أثناء العلاج أو لعدم إمكان الحركة فى الفراش يساعد العلاج المهنى على سرعة إستعادة هذه المفاصل والعضلات حالتها العادية.

٣- يمهّد الطريق للمعوق حتى يمكنه أداء عملة الأصلى أو يمهّد لإمتحان عمل آخر جديد يناسب العجز الذى يحتمل وجوده بعد شفاء المريض .

٤- يجنب المعوق الملل والسأم، ويشغل وقته ويجعل حياته مليئة بما يفيد خلال فترة العلاج .

٥- يقلل التوتر النفسى ويجعل المعوق أقل احتياجاً للمهدئات .

٦- يكون بمثابة نشاط جسمى ينشط المعوقين الكسولين المتواكلين وينمى إنتباه المعوق، ويجعل إهتمامه بما حوله مستمرا، ويثير إهتمامه بشئ آخر غير أعراضه .

٧- يوجه الطاقة الجسمية والنفسية للمعوق إلى اتجاهات خارجية منتجة بدلا من توجيهها إلى التخطيم مثلا .

٨- يهىء حياة اجتماعية متفاعلة يسودها التعاون والتنافس الصحى ، مما ينشل المعوق من عالم الإنطواء والإستغراق فى أحلام اليقظة والتأمل فى خيالاته وهلوساته، ويفيد فى عملية التطبيع الاجتماعى للمعوق .

٩- يحدث تغييرات فى البيئة الشخصية والإنفعالية للمعوق .

هذا ويمكن تقسيم المعوقين بالنسبة للعلاج بالعمل إلى ثلاثة فئات رئيسية (٢١) :

- المعوقون الأكفاء المهتمين بالعلاج والمقبلين عليه (فى دور النقاهاة) .

- المعوقون الأقل كفاءة وإهتماماً (وهناك أمل فى شفائهم) .

- المعوقين المتبلدون (المزمنون).

ويقوم كل فريق بما يمكن أن يقوم به. وتكون المهمة مع الفئة الأولى سهلة، وأيسر عن الفئة الثانية. وتكون النتيجة عادة أفضل في الفئتين أما الفئة الثالثة فتحتاج إلى كل أنواع الإثارة والتحميس ولتبسيط الوضع في التعليمات والعمل، ويعتبر أى تقدم يحرز هنا مكسباً مهماً كان بسيطاً.

ويقوم الأخصائى النفسى بالاشتراك مع أخصائى العلاج بالعمل بتحديد نوع العمل وأوقاته، فى ضوء معرفة شخصية المعوق ونوع إعاقته... الخ.

(ب) الرعاية النفسية للمعوق:

وتتضمن الإهتمام بعملية التوجيه والإرشاد للمعوق Guidance Coun- seling بقصد مساعدته على فهم نفسه وفهم مشاكله وإدراك إمكانيات بيئته وعوائقها، وتقوم أساساً على إفتراض أن المعوقين يختلفون فيما بينهم من حيث القدرات والاستعدادات والتكوين النفسى والجسمى، مما يؤدي إلى إختلاف فى القدرة على ممارسة الأعمال المختلفة، وأن فى أنواع النشاط الإنسانى المتنوعة مجالا لكل معوق يستغل فيه إمكانياته البشرية، ويحقق درجة من النجاح تساعد على الشعور بالأمن وقيمه الإنسانية، مما يوفر له الرضا والإرتياح النفسى.

وتعتمد عملية التوجيه على تطبيق الحقائق النفسية فى واقع حياة المعوق، وهى فى ذلك تهتم بدراسة دوافعه وحاجاته وميوله، بل وتحاول أن تصل إلى محركات سلوكه اللاشعورية فى كثير من الأحيان (٢٢).

ويتم عن طريق هذه العملية ربط مراحل التأهيل ربطاً متكاملاً منسقاً. والمعوق كما هو معروف يمر فى عمليات أو مراحل مختلفة يقوم على كل مرحلة أخصائيون أو فنيون مؤهلين لكل عملية منها. ولما كان هذا المعوق وحدة واحدة يتم التعامل معه ككل لذلك فإن هؤلاء الأخصائيون لا يعملون

منفردين وإنما يعملون في صورة مجموعة ويعتبر عمل كل منهم متمازاً لعمل الآخر ويرتبط به ويؤثر فيه ويتأثر به، ويكون دور القائم بهذه العملية (الموجه أو المرشد النفسى أو الاخصائى الاجتماعى) أن يستفيد من النتائج التى إنتهى إليها هؤلاء منفردين أو مجتمعين للإتجاه صاحب الحالة إلى أنجح الطرق وأنسب الأعمال.

### (ج) الرعاية الاجتماعية للمعوق:

وتتضمن مايلى: (٢٣)

#### ١ - تعديل البيئة الاجتماعية للمعوق:

إذ أنه لاشك من العوامل التى تؤثر تأثيراً سيئاً فى الحالة النفسية للمعوق تلك المواقف الشخصية، أو الأسرة، أو مواقف العلاقات بالزملاء أو صاحب العمل وما يترتب عليها أزمات وصراعات نفسية عنيفة، ولذلك كان من المهم توجيه الأسرة وصاحب العمل وجميع المتصلين بالمعوق فى بيئته وتعديل إتجاهاتهم نحوه لضمان تعاونهم فى خطة العلاج ووقايتهم من القلق والارهاق النفسى والمادى.

#### ٢ - شغل وقت فراغ المعوق:

يعتبر شغل وقت فراغ المعوق فى نشاط ترويحى من أهم وسائل العلاج كما يعتبر جزءاً أساسياً فى برامج التأهيل. فالمعوق إذا انصرف فى التفكير فى عاهته تزداد حالة القلق والخوف والشعور بالنقص فيؤدى ذلك إلى إنسحابه وعزلته عن المجتمع.

#### ٣ - الخدمات المساعدة:

وهذه تشمل رعاية المعوق أثناء فترة التأهيل كمدة بمصاريف ضرورية أو تشجيعية أو مصاريف الانتقال وإستخراج الرخص أو إمداده بالكتب أو بأدوات التدريب... الخ.

#### د- الرعاية التعليمية للمعوق:

ويراعى فى ذلك مايلى: (٢٤)

- ١- توفير نوع التعليم الذى يفيد المعوق فيه أكبر فائدة.
  - ٢- توفير التعليم فى المنزل أو المستشفى أو المؤسسة.
  - ٣- تعليم التلميذ المعوق مع التلاميذ الطبيعيين كلما أمكن ذلك.
- ويقوم على توفير الرعاية التعليمية مدرسون متخصصون فى تعليم التلاميذ الشواذ.

#### هـ- الرعاية المهنية للمعوق:

وتتضمن مايلى:

##### ١- التدريب المهنى Training:

من مراحل التأهيل السابقة يتضح المهنة التى سيوجه لها المعوق. وقد تكون هذه نفس المهنة التى كان يعمل بها وقد تكون مهنة أخرى جديدة مختلفة تماماً عن مهنته السابقة أو قد تكون قريبة منها بعض الشيء أو قد يكون المعوق نفسه لم يسبق له ممارسة مهنة من المهن وفى سن التعليم وهنا يحتاج إلى برنامج تعليمى خاص خصوصاً إذا كانت المهنة المقترحة تتطلب مستوى خاصاً من التعليم.

وعلى هذا يدرّب المعوق على تلك المهنة لتحصيل المعلومات الفنية والمقدرة المهنية اللازمة. ويتطلب التدريب وجود عمل وعامل ومقدرة فنية للتدريب ومكان يتم التدريب فيه ونظام لهذا التدريب.

وقد يحتاج المعوق إلى بعض المساعدات والخدمات خصوصاً فى فترة التدريب عندما تقصر موارده المالية عن مواجهة نفقات المعيشة ومصاريف الإقامة والإنتقال وإستخراج الرخص فضلاً عن ثمن الأدوات والكتب التى

قد يحتاج إليها أثناء فترة تدريبه المهني لفترة قد تطول أو تقصر حسب طبيعة العجز وعمقه ومداه إذ بهذه الخدمات والمساعدات يتمكن المعوق من مواصلة تدريبه حتى لا يؤدي النقص فيها إلى إفساد عملية التدريب.

## ٢ - التشغيل Placcnent :

بعد إستكمال عمليات التدريب المهني يوجه الفرد نحو العمل الذي يتفق مع ما حصل عليه من تدريب في المصانع أو الشركات أو الورش أو العمل لحسابه الخاص في المنزل أو في خارج المنزل. وبطبيعة الحال تتوقف عملية التشغيل على درجة الوعي في المجتمع وطبيعة الاعتقادات السائدة بين المصانع والشركات حول المعوقين من أنهم أقل كفاية من الأسوياء<sup>(٢٥)</sup>.

وينص القانون رقم ٢٩ لسنة ١٩٧٥ والمعدل بالقانون ٤٩ لسنة ١٩٨٢ على تشغيل نسبة في حدود ٢٥٪ من عدد العاملين بالشركات والمؤسسات من المعوقين ممن قضوا فترة التدريب المهني في أحد مراكز التأهيل وذلك في الأعمال أو الصناعات التي تتفق وتدريبهم<sup>(٢٦)</sup>.

## ثالثاً: التببع والرعاية اللاحقة للمعوق: After Care & Follow Up

وتنحصر أهمية هذه العملية وأهدافها فيما يلي<sup>(٢٧)</sup> :

- ١ - التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية خاصة مع المعوقين الذين يعانون عجزاً جسمى أو عقلياً أو خلقياً.
- ٢ - تجنب المعوقين أية انتكاسة قد يتعرضون لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكن في الحسبان.
- ٣ - وسيلة هامة لاستقرار بعض المعوقين في حياتهم الجديدة وخاصة ذوي النزعات الإعتيادية أو المضطربين نفسياً.
- ٤ - من أهم الأساليب المفيدة لتقييم ممارسات خدمة الفرد في محيط العمل

مع هذه الفئة أو خدمات المؤسسة تقييماً علمياً أو إحصائياً.

من ثم فهي عملية ذات طبيعة خاصة تتشكل حسب ظروف كل حالة وكل جديد يطرأ على الموقف. كما أن مكان المقابلات التتبعية ذاتها منزلاً كان أو عملاً أو مدرسة يحدد بدوره قواعدها التنظيمية وزمنها وما إلى ذلك. وباستثناء الحالات التي تعاني فطاماً نفسياً أو التي تتسم بنمط إتكالي أو اضطراب نفسي فإن بعض المعوقين عادة ما يقاومون مثل هذه المقابلات خاصة هؤلاء الذين إستقروا نسبياً في حياتهم الجديدة ويرفضون أية وصاية عليهم لينكروا أية صلة لهم بالمؤسسة حيث فهي تنصب مهارة وكفاءة لمواجهة محاولاتهم المتعددة للتهرب منها، كما قد تزيد حدة هذه المقاومة عند تحويل حالة المعوق إلى أخصائي جديد لتتبعها لتكون آنذاك مقاومة مزدوجة للزيارة وللإخصائي في نفس الوقت. ومظاهر هذه المقاومة قد تأخذ أشكالاً شتى فقد يلجأ المعوق إلى إنكار نفسه أو يتزرع بالمرض أو يدعى عدم حاجاته إلى أى مساعدة أو قد يطلب من الأخصائي جعل المقابلات بالمؤسسة حيث سيزوره بها ليحيطه بكل جديد في موقعه.. الخ وبالقدر الذي ينبج فيه الأخصائي الاجتماعي في مواجهة هذه المقاومة بكفاءة تامة وبالقدر الذي يشعر المعوق نفسه بما حققته المقابلة له من فوائد تكون المقابلة التتبعية قد حققت أهدافها المرجوة منها.

## مراجع الفصل الثاني عشر

- ١- لمزيد من التفاصيل أنظر: مصطفى النصرارى، الإعلانات والمواثيق العربية والأممية الخاصة بحقوق المعوقين، (فى) قراءات فى التربية الخاصة وتأهيل المعوقين، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس، ١٩٨٢.
- ٢- قارن: محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، مرجع سابق، ص ص ١٦٢، ١٦٣.
- ٣- إسماعيل شرف، تأهيل المعوقين، مرجع سابق، ص ٢١.
- ٤- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط ٢، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٨، ص ص ٣٨٣، ٣٨٤.
- ٥- إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ٢٢.
- ٦- لمزيد من التفاصيل فى مضمون العلاج الاجتماعى البيئى أنظر: حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، مرجع سابق، ص ص ٣٢٨ - ٣٣١.
- ٧- إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ٢٢.
- ٨- حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص ص ٧٩، ٨٠.
- ٩- إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ص ٢٧، ٢٨.
- ١٠- قارن: المرجع السابق، ص ص ٩٢ - ٩٨.
- ١١- قارن: مصطفى فهمى، الإنسان والصحة النفسية، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٠، ص ص ١٤٢ - ١٤٤.

١٢- قارن: ولزید من التفاصيل أنظر:

محمد عبد المنعم نور، مرجع سابق، ص ص ١٨٦ - ١٩٠.

إسماعيل شرف، مرجع سابق، ص ص ٣٤ - ٣٦.

١٣- ولزید من التفاصيل أنظر:

- اللائحة الداخلية لمكاتب التأهيل الإجتماعي للمعوقين (فى) إتحاد

هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ١٢، السنة

الرابعة، ديسمبر ١٩٨٧، ص ص ٢٠ - ٢٢.

١٤- فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، ط ٢، القاهرة،

دار المعارف، ١٩٦٩، ص ص ٣٩٤، ٣٩٥.

١٥- زينب محمد شيبه الحمد، مصطفى عبد الفتاح أبو الفتوح، مبادئ

الصحة العامة والطب الاجتماعى، الإسكندرية، ب، ن، ١٩٨٨، ص

١٦٠.

١٦- محمود حسن، مقدمة الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص

٦٩٢، ٦٩٣.

١٧- فوزى على جاد الله، مرجع سابق، ص ٣٩٦.

١٨- محمد محروس، التقويم المهنى للمعوقين، إتحاد هيئات رعاية الفئات

الخاصة والمعوقين بـ ج.م.ع، العدد ٧، السنة الثالثة، سبتمبر ١٩٨٦،

ص ص ١٧ - ١٩.

١٩- زينب محمد شيبه الحمد، مصطفى عبد الفتاح أبو الفتوح، مرجع

سابق، ص ١٦٢.

٢٠- محمود حسن، مقدمة الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٦٩٢.

٢١- قارن: ولزید من التفاصيل أنظر:

- حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص ص ٣٣٢ - ٣٣٦.

هيلين س . ويلارد، كليرس . سباكمان، أسس العلاج بالعمل (ترجمة)  
صلاح الحمصاني، إسماعيل شرف، القاهرة، وزارة البشئون الاجتماعية،  
١٩٦٧ ص ص ١٢ - ٢٤.

٢٢ - إلتصار يونس، السلوك الإنساني، الإسكندرية، دار المعارف، ١٩٦٦،  
ص ٣٧٦.

٢٣ - قارن:

إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي  
والنفسي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٠، ص ص  
٢٦٣ - ٢٦٦.

محمود محمد الزيني، الخدمة الاجتماعية للمعوقين وذوي العاهات،  
مرجع سابق، ص ص ٣٩ - ٤٢.

ولمزيد من التفاصيل في مضمون شغل وقت الفراغ انظر:  
حامد عبد السلام زهران، التوجيه والإرشاد النفسي، ط ٣، القاهرة، عالم  
الكتاب، ١٩٨٥، ص ص ٣٥٢ - ٣٥٦.

٢٤ - زينب محمد شيبه الحمد، مصطفى عبد الفتاح أبو الفتوح، مرجع  
سابق، ص ١٦٣.

٢٥ - إقبال محمد بشير وآخرون، مرجع سابق، ص ص ٢٥٨، ٢٥٩.

٢٦ - لمزيد من التفاصيل في مضمون التشريعات الخاصة بالمعوقين أنظر:  
محمد - بن منصور، التأمين الاجتماعي، ب.ن. ١٩٨٥.

إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، العدد الأول،  
السنة الأولى، يونيه ١٩٨٤، ص ص ٢٠ - ٢٦.

٢٧ - قارن:

عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجتمع النامي، القاهرة، ط ١، الأنجلو  
المصرية، ١٩٨٠، ص ص ٢٠٢، ٢٠٣.

## المحتويات

الصفحة

٣	مقدمة:
٧	الفصل الأول: نظم الرعاية الصحية ومقاوماتها
٢٥	الفصل الثاني: لمحة تاريخية عن تطور الخدمة الاجتماعية الطبية
٣٧	الفصل الثالث: الخدمة الاجتماعية الطبية أهميتها وفلسفتها
	الفصل الرابع: تنظيم أقسام الخدمة الاجتماعية في محيط
٥٣	التنظيمات الطبية (البناء الوظيفي)
٧٥	الفصل الخامس: الصحة والمرض
٩٩	الفصل السادس: الثقافة وعلاقتها بالمرض
١٣٣	الفصل السابع: التلوث البيئي وعلاقته بالمرض
	الفصل الثامن: الخدمة الاجتماعية الطبية في ميدان الدرن
١٦١	والجلد
١٨٥	الفصل التاسع: الخدمة الاجتماعية وأمراض العصر
٢٢٣	الفصل العاشر: الخدمة الاجتماعية في المجتمع الطبي
٢٧٥	الفصل الحادي عشر: مفهومات وتصورات نظرية
٣١٢	الفصل الثاني عشر: الرعاية الاجتماعية للمعوقين



